

Βιβλιοθήκη



ΑΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της

ΧΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ Α.Μ.2009-062

ΘΕΜΑ:

**«Εμφάνιση δυσφαγίας σε παιδιατρικούς πληθυσμούς:
Μελέτες περίπτωσης όπως καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια
ενός εξαμήνου πρακτικής άσκησης στο Νοσοκομείο Παίδων
Αγία Σοφία».**

Καλαμάτα 2015

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της εργασίας αυτής θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Γεώργιο Μακρή Διδάσκοντα του τμήματος Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Πελοποννήσου, για την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχε μέσω των οδηγιών του και της άμεσης ανταπόκρισης σε κάθε δυσκολία που προέκυπτε, καθώς και το Νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία για την δυνατότητα κλινικής παρατήρησης διάφορων παθήσεων. Αισθάνομαι, επίσης, την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε πρόσωπα του οικογενειακού και φιλικού μου περιβάλλοντος που με στήριξαν ουσιαστικά με την πρακτική βοήθεια, αλλά και την ηθική συμπαράστασή τους στο έργο μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία μελετάται η παιδιατρική δυσφαγία. Αρχικά, αναφέρονται πληροφορίες για τους μηχανισμούς σίτισης και κατάποσης αλλά και τα στάδια σίτισης. Στα βρέφη οι δομές που σχετίζονται με τη σίτιση και την κατάποση είναι σχετικά μικρές σε έκταση και βρίσκονται πολύ κοντά μεταξύ τους ώστε να επιτευχθεί ασφάλεια στη σίτιση. Με την νευρολογική ωρίμανση οι δομές αποκτούν κινητικό έλεγχο, καθώς υπάρχει ενδυνάμωση και κινητικότητα των μυών (Logemann, 2006). Στη συνέχεια, ορίζεται η παιδιατρική δυσφαγία, αναφέρονται τα αίτια της εμφάνισης της και η κλινική εικόνα των ασθενών. Αναλύεται, επίσης, και ο τρόπος αντιμετώπισης της αλλά και οι ασθένειες στις οποίες συνυπάρχει η δυσφαγία. Τελειώνοντας, δίνονται και κάποιες χαρακτηριστικές μελέτες περίπτωσης, όπως καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης στο νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία . Η συγγραφή της συγκεκριμένης πτυχιακής γίνεται προκειμένου να αναφερθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να γίνει γνωστή σε όλους η παιδιατρική δυσφαγία και να ενημερωθούν οι ενδιαφερόμενοι για τον τρόπο θεραπείας της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Παιδιατρική Δυσφαγία	8
1.1 Εισαγωγή	8
1.2 Μηχανισμοί σίτισης και κατάποσης	9
1.3 Στάδια κατάποσης και διαταραχές	10
1.4 Αίτια δυσφαγίας	13
1.4.1 Αιτιολογικοί παράγοντες	13
1.4.2 Ειδικές περιπτώσεις	16
1.5 Κλινική εικόνα παιδιατρικής δυσφαγίας	17
1.6 Αντιμετώπιση – Θεραπεία δυσφαγίας	19
1.6.1 Βιντεοακτινολογία κατάποσης	20
1.6.2 Συνήθη προγράμματα θεραπείας	22
1.6.3 Άμεση – Έμμεση θεραπεία	24
1.6.4 Άλλες τεχνικές	25
1.6.5 Χειρουργικές τεχνικές	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Ασθένειες με συμπτώματα δυσφαγίας	27
2.1 Εισαγωγή	27
2.2 Νευρολογικές διαταραχές	28
2.2.1 Τραυματική εγκεφαλική βλάβη	29
2.2.1.1 Επιπτώσεις	29
2.2.1.2 Διάγνωση – Θεραπεία	30
2.2.2 Μηνιγγίτιδα	30
2.2.2.1 Συμπτώματα	31
2.2.2.2 Διάγνωση – Θεραπεία	31
2.2.3 Εγκεφαλοπάθεια	32
2.2.3.1 Συμπτώματα	32
2.2.3.2 Διάγνωση – Θεραπεία	32
2.2.4 Εγκεφαλική παράλυση	33
2.2.4.1 Συμπτώματα	33
2.2.4.2 Διάγνωση – Θεραπεία	34
2.3 Αναπτυξιακές διαταραχές	35
2.3.1 Αυτισμός	35
2.3.1.1 Συμπτώματα	35
2.3.1.2 Διάγνωση – Θεραπεία	36
2.3.2 Προωρότητα - Χαμηλό βάρος γέννησης	37
2.3.2.1 Επιπλοκές	37
2.3.2.2 Κλινική εικόνα	38
2.3.2.3 Αντιμετώπιση	38
2.4 Ασθένειες του πεπτικού συστήματος	39
2.4.1 Το σύνδρομο του “σύντομου εντέρου” (“short gut syndrome”)	39
2.4.1.1 Κλινική Εικόνα / Συμπτώματα	39
2.4.1.2 Θεραπεία	40
2.4.2 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	40

2.4.2.1	Κλινική Εικόνα / Συμπτώματα	40
2.4.2.2	Διάγνωση – Θεραπεία	40
2.4.3	Λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση.....	41
2.4.3.1	Διάγνωση – Θεραπεία	42
2.5	Γενετικές διαταραχές	43
2.5.1	Νωτιαία μυϊκή ατροφία (SMA)	43
2.5.1.1	Κλινική εικόνα / Συμπτώματα	44
2.5.1.2	Διάγνωση – Θεραπεία	44
2.5.2	Σύνδρομο CHARGE	45
2.5.3	Νόσος Niemann – Pick τύπου C (NP-C)	46
2.5.3.1	Κλινική Εικόνα / Συμπτώματα	46
2.5.3.2	Διάγνωση	47
2.5.3.3	Θεραπεία	48
2.5.4	Σύμπλεγμα Pierre Robin	49
2.5.4.1	Διάγνωση – Θεραπεία	49
2.6	Άλλες διαταραχές	50
2.6.1	Χειλεοσχιστία - Υπερωισχιστία.....	50
2.6.1.1	Κλινική Εικόνα	50
2.6.1.2	Διάγνωση – Θεραπεία	51
2.6.2	Εγγενείς καρδιακές διαταραχές	51
2.6.3	Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα	52
2.6.3.1	Κλινική εικόνα	52
2.6.3.2	Διάγνωση – Θεραπεία	52
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Μελέτες Περίπτωσης	54
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σωστή και ολοκληρωμένη, χωρίς ελλείμματα σίτιση, είναι ιδιαίτερα σημαντική στη βρεφική και παιδική ηλικία. Όλα τα βρέφη και τα παιδιά χρειάζεται να καλύψουν συγκεκριμένα επίπεδα διατροφικών αναγκών μέσω της σίτισης και της πόσης, ώστε να αναπτυχθούν και να είναι υγιή. Η φτώχη και πλημμελής διατροφή σε παιδιά νεαρής ηλικίας, ιδιαίτερα από 0 έως 3, μπορεί να επηρεάσει την εγκεφαλική λειτουργία και τη νευρολογική ανάπτυξη του παιδιού. Για το λόγο αυτό, παιδιά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες σίτισης-κατάποσης βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο αποτυχίας να αναπτυχθούν επαρκώς (failure to thrive).

Προβλήματα κατάποσης και σίτισης παρατηρούνται πολύ συχνά στον παιδιατρικό πληθυσμό. Σε πρόσφατες έρευνες περιγράφονται σημάδια, τύποι και λόγοι δυσφαγίας, που μπορεί να είναι η πρόωρη γέννηση, συγκεκριμένα σύνδρομα, εγγενείς καρδιακές βλάβες αλλά και ο αυτισμός.

Στην αξιολόγηση και αντιμετώπισή της δυσφαγίας εμπλέκονται διαφορετικές ειδικότητες. Οι βασικότερες είναι οι : παιδονευρολόγος, παιδογαστρεντερολόγος, παιδοωτορινολαρυγγολόγος, παιδοπνευμονολόγος, παιδοακτινολόγος και φυσικά ο παιδίατρος του παιδιού. Άλλες ειδικότητες που συμμετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα είναι ο φυσιοθεραπευτής, ο κλινικός διατροφολόγος και ο λογοθεραπευτής. Οι λογοθεραπευτές, συγκεκριμένα, παίζουν ένα κεντρικό ρόλο στην εκτίμηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία βρεφών και παιδιών με διαταραχές κατάποσης και σίτισης. Οι επαγγελματικοί ρόλοι και οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν κλινικές και εκπαιδευτικές διαδικασίες (διάγνωση, εκτίμηση, σχεδιασμό και θεραπεία), πρόληψη και υποστήριξη, εκπαίδευση, διαχείριση και έρευνα.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αναλύεται η παιδιατρική δυσφαγία. Δίνεται ο ορισμός της, περιγράφονται οι μηχανισμοί σίτισης και κατάποσης και τα στάδια κατάποσης και οι διαταραχές που μπορεί να σημειωθούν. Δίνονται και αναλύονται οι αιτίες της δυσφαγίας και παρουσιάζεται η κλινική εικόνα των ασθενών με παιδιατρική δυσφαγία. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου, δίνονται όλοι οι τρόποι που υπάρχουν αντιμετώπισης και θεραπείας της παιδιατρικής δυσφαγίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφονται οι ασθένειες και οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες η δυσφαγία παρουσιάζεται ως σύμπτωμα. Οι πιο κοινές αιτίες δυσκαταποσίας σε βρέφη και παιδιά μπορεί να είναι: Αναπτυξιακά προβλήματα

λόγω πρόωρου τοκετού ή χαμηλού βάρους γέννησης, διαταραχές του νευρικού συστήματος, όπως η εγκεφαλική παράλυση ή μηνιγγίτιδα και χειλεοσχιστία ή υπερωιοσχιστία.

Κλείνοντας την πτυχιακή αυτή εργασία αναφέρονται κάποια παραδείγματα ασθενών με προβλήματα σίτισης, όπως παρατηρήθηκαν κατά την διάρκεια της πρακτικής μου εξάσκησης στο νοσοκομείο Παιδων Αγία Σοφία. Παρατίθενται, δηλαδή, πληροφορίες για το πώς οι ασθενείας οδηγήθηκαν στην δυσφαγία, πώς την αντιμετώπισαν και σε ποια κατάσταση βρίσκονται σήμερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Παιδιατρική Δυσφαγία

1.1 Εισαγωγή

Η δυσφαγία ή διαταραχή κατάποσης αποτελεί παθολογία πολλών νοσολογικών οντοτήτων και διαταραχών, πρόκειται για ένα σύμπτωμα και όχι για μια συγκεκριμένη νόσο.

Τέτοια δυσλειτουργική συμπεριφορά σίτισης παρατηρείται συχνά σε βρέφη και πρόωρα νεογνά. Τα προβλήματα που αφορούν δυσκολίες στη σίτιση του βρέφους και του παιδιού είναι αρκετά συχνά, με αναφερόμενο ποσοστό 25-35% σε φυσιολογικά παιδιά έως και 40-70% σε πρόωρα βρέφη ή σε παιδιά με χρόνια νοσήματα. Η άρνηση λήψης τροφής, που αποτελεί σύμπτωμα πολλών διατροφικών νόσων, αναδεικνύεται σοβαρή στο 1-2 % των βρεφών και οδηγεί σε σοβαρή υστέρηση στην αύξηση και ανάπτυξή τους. Εξακολουθεί μάλιστα να παραμένει μέχρι την παιδική ηλικία στο 70% των περιπτώσεων. [13]

Πιο συγκεκριμένα, ο όρος δυσφαγία χρησιμοποιείται για να ορίσει τις διαταραχές κατάποσης και σίτισης (swallowing and feeding disorders) που είτε προκύπτουν μετά από κάποια ασθένεια, εγχείρηση, εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραύμα είτε εμφανίζονται σε πρόωρα βρέφη ή παιδιά με νευρολογικές δυσλειτουργίες και σύνδρομα.

Μερικά παραδείγματα δυσφαγίας είναι:

- βρεφική κατάποση λόγω προώθησης της γλώσσας (tongue thrust)
- αδύναμο αντανακλαστικό απομύζησης
- δυσκολία στην κίνηση των γνάθων για τη μάσηση
- δυσκολία στο σχηματισμό βλωμού λόγω αδυναμίας της γλώσσας

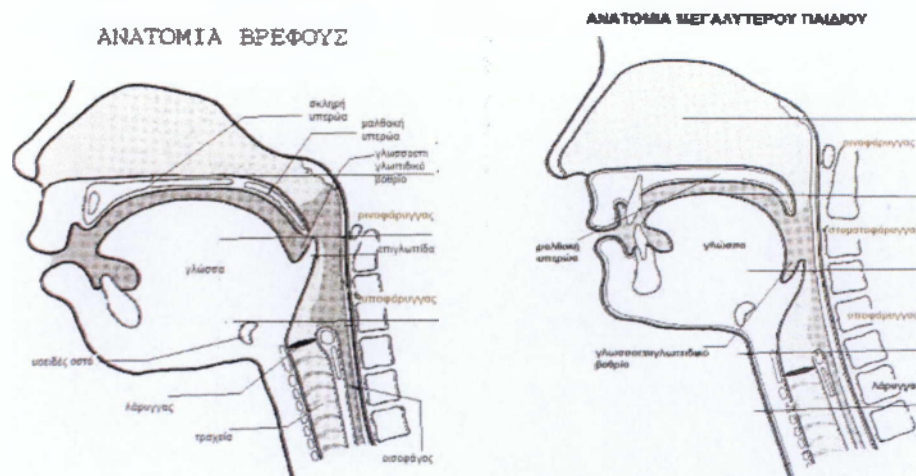
Η άρνηση λήψης τροφής και η χαμηλή θερμιδική πρόσληψη αποτελούν σοβαρά διατροφικά προβλήματα και εκφράζονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων. Η πρόωμη αναγνώριση των διαταραχών σίτισης, η διάγνωση των υποκειμένων νοσημάτων και η κατάλληλη παρέμβαση μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τόσο το παιδί όσο και την οικογένεια. [3]

1.2 Μηχανισμοί σίτισης και κατάποσης

Η φυσιολογική κατάποση προϋποθέτει ένα υγιές νευρικό σύστημα (6 κρανιακά νεύρα) καθώς και τη δομική και λειτουργική επάρκεια των δομών του στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα και οισοφάγου. Ένα παιδί μπορεί να καταπίνει στερεά ή υγρά (σάλιο) από το στόμα μέχρι 1000 φορές την ημέρα. Όλη η διαδικασία της κατάποσης, είναι ένας πολύπλοκος μηχανισμός που καθορίζεται και ρυθμίζεται από τον εγκέφαλο.

Οι μηχανισμοί κατάποσης αρχίζουν να ωριμάζουν ήδη από τη μήτρα, ενώ η ωρίμανση τους συνεχίζεται και ολοκληρώνεται περίπου στα 3 χρόνια. Επίσης, η ωρίμανση των μηχανισμών κατάποσης εξαρτάται από την γενικότερη ανάπτυξη κινητικών, αισθητικών αντανακλαστικών και μηχανισμών συμπεριφοράς. Αν και θηλαστικές κινήσεις μπορεί να παρατηρηθούν σε έμβρυα 15-18 εβδομάδων, ικανοποιητικός συγχρονισμός θηλαστικών κινήσεων, κατάποσης και αναπνοής συμβαίνει περίπου μετά τη 34^η εβδομάδα κύησης. Ουσιαστικό ρόλο στην επίτευξη της ώριμης σίτισης έχουν και τα νεογνικά αντανακλαστικά και οι κινήσεις του στόματος αλλά και η γενικότερη κινητική εξέλιξη. [36]

Αρχικά, σχηματίζεται ο βλωμός της τροφής, ο οποίος στη συνέχεια εισέρχεται στο φάρυγγα. Η μαλακή υπερώα σηκώνεται και προστατεύεται ο ρινοφάρυγγας ενώ η γλωττίδα κλείνει και η τροφή εισέρχεται στον οισοφάγο με σύγχρονη χάλαση του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και του κρικοφαρυγγικού μυός. Στη συνέχεια, ο βλωμός της τροφής μεταφέρεται στο στομάχι όπου αρχίζει η πέψη.



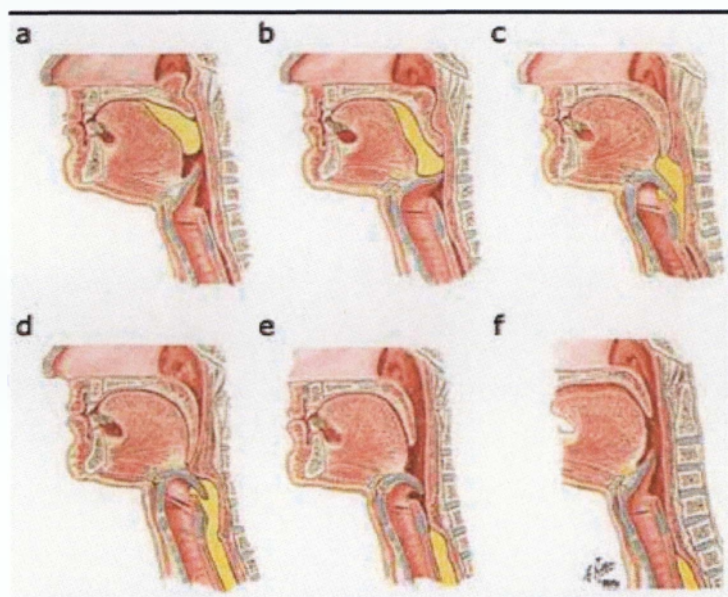
Εικόνα 1 : Ανατομία σίτισης βρέφους, παιδιού (Βιρβιδάκη, 2011)

Οι συμπεριφορικές διαταραχές της σίτισης είναι αποτέλεσμα απόκλισης από τη φυσιολογική ανάπτυξη των μηχανισμών σίτισης-κατάποσης και εκφράζονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα εμετοί, αναγούλες, υποθρεψία, δυσφαγία, μιμούμενες οργανικές παθήσεις, γεγονός που οδηγεί σε σύγχυση όσον αφορά τη διάγνωση (μη έγκαιρη ή ακόμη και απουσία διάγνωσης). Όταν οι συμπεριφορές αυτές επιμένουν χρειάζεται να γίνει περαιτέρω διερεύνηση γιατί μπορεί να πηγάζουν από καταστάσεις λυπηρές και στενάχωρες που οδηγούν στην σίτιση για ανακούφιση, ανορεξία ή δυσκολία στην κατάποση, όπως σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, τροφική αλλεργία, διαταραχές κατάποσης, απόφραξη αεραγωγών, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου. [22]

1.3 Στάδια κατάποσης και διαταραχές

Η προστοματική φάση της σίτισης έχει σχέση με το αίσθημα της πείνας και με τη σύλληψη της θηλής από το νεογνό. Οι διαταραχές στη φάση αυτή εκδηλώνονται με αποστροφή προς τη σίτιση και άρνηση του μωρού να θηλάσει ή να "πιάσει" το μπιμπερό. Το κέντρο της πείνας βρίσκεται στον υποθάλαμο, όπου και διοχετεύονται σήματα από διάφορες πηγές. Επομένως, σιτιστικές δυσκολίες στη φάση αυτή προκαλούν τα συστηματικά νοσήματα (λοιμώξεις, παθήσεις του γαστρεντερικού, του ενδοκρινικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος, άλλα χρόνια νοσήματα), η διαταραχή των μηχανισμών ρύθμισης της όρεξης, που αποτελεί αιτία ανεπαρκούς αύξησης λόγω της μειωμένης πρόσληψης θερμίδων από τα βρέφη που δεν πάσχουν από κάποιο εμφανές οργανικό νόσημα, οι επώδυνες εμπειρίες και οι συναισθηματικοί παράγοντες. [24][37] Τα επώδυνα ερεθίσματα στην περιοχή του στοματοφάρυγγα είναι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρές διαταραχές στη σίτιση, που εκδηλώνονται με την αποστροφή που εμφανίζει το μωρό όταν ένα αντικείμενο τοποθετείται πάνω ή ακόμη και κοντά στο στόμα του και αναφέρεται ως "άμυνα σε αλπικά ερεθίσματα". Παρατηρείται σε πρόωρα που έχουν μείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα διασωληνωμένα, που έχουν υποστεί αναρροφήσεις και που έχουν σιτιστεί επί μακρόν με ρινογαστρικό καθετήρα.[18]

Η στοματική φάση της σίτισης περιλαμβάνει τις θηλαστικές κινήσεις και την προώθηση της τροφής στο φάρυγγα. Η δύναμη των θηλαστικών κινήσεων, καθώς και η δυνατότητα προσαρμογής στις αυξομειώσεις της ροής του γάλακτος, αυξάνονται με την ανατομική και τη νευρολογική ωρίμανση του νεογνού. Η ανάπτυξη της στοματικής φάσης της σίτισης απαιτεί φυσιολογική ανατομία της περιοχής, ακέραιη αισθητηριακή οδό, φυσιολογική μυϊκή δύναμη και συγχρονισμό. Οι ανατομικές ανωμαλίες που προκαλούν διαταραχές σε αυτή τη φάση της σίτισης περιλαμβάνουν χειλοσχιστία με ή χωρίς υπερωισχιστία, τη μικρογναθία, και τη μακρογλωσσία. Διάφορα νευρομυϊκά νοσήματα αποτελούν επίσης αίτια σιτιστικών διαταραχών. Παιδιά που θα αναπτύξουν αργότερα την πλήρη κλινική εικόνα νευρομυϊκού νοσήματος συχνά έχουν ως πρώτο σύμπτωμα δυσκολίες στη στοματική φάση της σίτισης. [35]



Εικόνα 2 : Στάδια φυσιολογικής κατάποσης

Η φαρυγγική φάση της σίτισης αφορά στην κατάποση, κατά την οποία παρατηρείται αναστολή της αναπνοής και απομόνωση της αναπνευστικής οδού. Η απομόνωση της αναπνευστικής οδού επιτυγχάνεται με τη σύσπαση των μυών της γλώσσας και της μαλθακής υπερώας, καθώς και με την ανύψωση του λάρυγγα και τη σύγκλειση της γλωττίδας. Η παρουσία τροφής στο φάρυγγα προκαλεί αντανακλαστικά αναστολή του τόνου του κρικοφαρυγγικού μυός και διάνοιξη του άνω σφιγκτήρα του οισοφάγου.[31] Με τις περισταλτικές κινήσεις του φάρυγγα η τροφή προωθείται στον οισοφάγο και η αναπνοή ξαναρχίζει. Ο συντονισμός

θηλαστικών κινήσεων, καταποτικών κινήσεων και αναπνοής αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την πρόληψη των επεισοδίων εισρόφησης. Κατά τη διάρκεια των γρήγορων θηλαστικών κινήσεων είναι δυνατόν να εμφανιστούν επεισόδια κυάνωσης περιστοματικής ή και γενικευμένης, ακόμη και επεισόδια άπνοιας και βραδυκαρδίας. Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο και ο κίνδυνος εισρόφησης μεγαλύτερος όταν υπάρχει επιβαρυνμένη καρδιακή ή αναπνευστική λειτουργία (αναπνοές >60/λεπτό), καθώς και ανατομικές ανωμαλίες της περιοχής του στοματοφάρυγγα και νευρομυικά νοσήματα.[11][39]

Στην οισοφαγική φάση της σίτισης η τροφή προωθείται με τις περισταλτικές κινήσεις του οισοφάγου, και με τη χάλαση του κάτω σφιγκτήρα του οισοφάγου εισέρχεται στο στομάχι. Και σε αυτή τη φάση αίτια διαταραχών αποτελούν οι ανατομικές και λειτουργικές ανωμαλίες του οισοφάγου. Η συνηθέστερη διαταραχή της φάσης αυτής της σίτισης είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Γενικότερα, κάθε αίτιο που προκαλεί μερική απόφραξη του στομάχου ή του εντέρου προκαλεί και κάποιο βαθμό γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, όπως επίσης και ο αυξημένος χρόνος κένωσης του στομάχου, που συχνά παρατηρείται στα πρόωρα νεογνά λόγω ανωριμότητας.

Στη γαστρεντερική φάση της σίτισης παρατηρείται χάλαση του πυθμένα του στομάχου, ανάμειξη της τροφής και διοχέτευσή της στο λεπτό έντερο, προώθησή της κατά μήκος του λεπτού εντέρου και απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. Στα πρόωρα νεογνά, ο χρόνος κένωσης του στομάχου είναι αυξημένος λόγω της έλλειψης συντονισμού των περισταλτικών κινήσεων του άντρου, του πυλωρού και του δωδεκαδακτύλου. Η θερμοκρασία της τροφής, η φωτοθεραπεία και η χρήση πιπίλας δεν φαίνεται να επηρεάζουν το χρόνο κένωσης του στομάχου, ενώ το μητρικό γάλα, τα τριγλυκερίδια μέσης αλύσου και η πρηνής θέση επιταχύνουν τη γαστρική κένωση. Για την αντιμετώπιση της γαστροπάρεσης των προώρων νεογνών είχε προταθεί παλαιότερα η σίτιση με ρινονησιδικό καθετήρα, η οποία δεν συνιστάται πλέον, διότι είναι περιορισμένης αποτελεσματικότητας (το πρόβλημα της ανώριμης κινητικότητας του πεπτικού συνήθως δεν αφορά μόνο στο στομάχι αλλά και στο λεπτό έντερο) και συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο θνητότητας. [10][21] Στο λεπτό έντερο, φυσιολογικά, παρατηρούνται δυο τύποι κινήσεων. Κατά τη σίτιση, και αμέσως μετά, η κινητικότητα αυξάνεται και παρατηρούνται σποραδικές επαναλαμβανόμενες συσπάσεις σε πολλά επίπεδα συγχρόνως, με αποτέλεσμα την ανάμειξη της τροφής.

ΣΤΑΔΙΟ	ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
Προστοματική φάση	Πρόσληψη τροφής Είσοδος τροφής στη στοματική κοιλότητα	Αποστροφή προς σίτιση
Στοματική φάση	Μάσηση και προετοιμασία τροφής Δίοδος τροφής στο φάρυγγα	Αδυναμία φραγής χειλιών Διαταραγμένος μυϊκός τόνος Αδυναμία ελέγχου του βλωμού
Φαρυγγική φάση	Διακοπή αναπνοής Κλείσιμο γλωττίδας Περισταλισμός φάρυγγα Άνοιγμα ανωτέρου οισοφαγικού σφιγκτήρα Έναρξη αναπνοής	Κρικοφαρυγγική δυσκειτουργία Μειωμένη κίνηση της γλώσσας προς τα πίσω Μειωμένη σύσπαση των φαρυγγικών τοιχωμάτων
Οισοφαγική φάση	Περισταλισμός οισοφάγου Άνοιγμα κατωτέρου οισοφαγικού σφιγκτήρα	Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση Οισοφαγική στένωση
Γαστρεντερική φάση	Αποθήκευση τροφής στο στομάχι Σταδιακή είσοδος της τροφής στο λεπτό έντερο Εντερική πέψη και απορρόφηση θρεπτικών συστατικών	Ανώριμη κινητικότητα

*Πίνακας 1 : Διαταραχές σταδίων κατάποσης
(Πηγή : <http://thematalogotherapeias.blogspot.gr/2012/09/2.html>)*

1.4 Αίτια δυσφαγίας

1.4.1 Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι αιτίες της παιδιατρικής δυσφαγίας μπορεί να είναι πολυδιάστατες, να υπάρχουν μόνες ή μαζί με άλλες υποκείμενες ιατρικές παθήσεις. Οι συχνότερες αιτιολογίες δυσφαγίας στη παιδική ηλικία οφείλονται σε νευρολογικές διαταραχές

όπως, εγκεφαλική παράλυση, νοητική στέρηση, όγκοι, εγκεφαλοπάθειες αλλά και αναπτυξιακοί παράγοντες όπως η αισθητηριακή ανάπτυξη και ο συντονισμός των κινήσεων αποτελούν επιτακτική ανάγκη για τη βέλτιστη κατάποση. Επίσης, δυσκολίες στην κατάποση μπορεί να προκαλέσουν και ανατομικά προβλήματα, όπως ουλές στη γλώσσα ή στο φαρυγγικό τοίχωμα και σχιστίες. Στις οργανικές παθήσεις, η διαταραχή της σίτισης είναι αποτέλεσμα συνυπάρχουσας οργανικής πάθησης (γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, διαταραχές κατάποσης, αναπνευστική νόσος όπως βρογχοπνευμονική δυσπλασία, συγγενείς ανωμαλίες όπως υπερωισχιστία, χειλεοσχιστία, σύνδρομο Pierre Robin). Μελέτες έχουν δείξει πως οι περισσότεροι άνθρωποι κάποια στιγμή στη ζωή τους θα εμφανίσουν διαταραχή κατάποσης, για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν αντιληπτικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Τα παιδιά του αυτιστικού φάσματος παρουσιάζουν ασυνήθιστες προτιμήσεις σε τροφές (είδος ή υφή) που έχουν σαν αποτέλεσμα τον σημαντικό περιορισμό των προσλαμβανόμενων τροφών.[28]

Όταν η πρόσληψη τροφής από το στόμα καθυστερήσει λόγω ιατρικών λόγων, πέρα από μια κρίσιμη περίοδο η απόκτηση των ικανοτήτων σίτισης (μάσηση, κατάποση) μπορεί να αποβεί δύσκολη. Αυτό συμβαίνει όταν η χρήση σωλήνα σίτισης (ρινογαστρικού ή γαστροστομίας) καθυστερήσει και ιδιαιτέρως αν το βρέφος δεν είχε προηγούμενη, έστω και λίγη, θετική εμπειρία σίτισης. Επεμβατικές διεργασίες που αφορούν τη στοματική κοιλότητα όπως η ύπαρξη ρινογαστρικού σωλήνα, η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, η συνεχής αναρρόφηση εκκρίσεων από το στοματοφάρυγγα έχουν συνδεθεί με κατοπινή αποστροφή λήψης τροφής από το στόμα.

Η επιτυχής σίτιση προέρχεται από την κατάλληλη ανταπόκριση του βρέφους/παιδιού προς την τροφή και προς τον φροντιστή (γονέας, γιαγιά, παππούς, οικιακή βοηθός) σε μια δυναμικά θετική αλληλεπίδραση. Δεν αποτελεί, λοιπόν, έκπληξη ότι πολλά από τα σιτιστικά προβλήματα της βρεφικής ηλικίας αφορούν μη οργανικούς ή συμπεριφορικούς παράγοντες.

Οι μη οργανικές σιτιστικές διαταραχές έχουν κατηγοριοποιηθεί από ορισμένους ειδικούς. Μία κατηγοριοποίηση συνδέεται με τις συγκεκριμένες αναπτυξιακές φάσεις που περνάει το παιδί. Νεογέννητα βρέφη που εμφανίζουν δυσκολία στην επίτευξη και διατήρηση μιας κατάστασης ομαλής εγρήγορσης όσον

αφορά τη σίτισή τους, βρέφη 2-8 μηνών με ανεπαρκή ή μη συγχρονισμένη συνεργασία με τους γονείς τους, νήπια 12-36 μηνών που αγωνίζονται να αυτονομηθούν και τα λεγόμενα “μίζερα” στο φαγητό παιδιά (παιδιά που τρώνε απλά επειδή πρέπει), τα οποία όμως διατηρούν την αύξησή τους σε επιθυμητά επίπεδα. Τέλος, έχει περιγραφεί και μια υποκατηγορία παιδιών που επιδεικνύουν μειωμένη πρόσληψη τροφής, μειωμένη αύξηση χωρίς την παρουσία οργανικής νόσου αλλά καλή συνεργασία με τους γονείς τους.

Οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές σίτισης μπορεί να οφείλονται είτε σε λάθος των φροντιστών των μωρών είτε στα ίδια τα βρέφη/παιδιά. Τα βρέφη με σιτιστικές διαταραχές που προσέρχονται στο γιατρό είναι συνήθως αυτά που η αύξησή τους υπολείπεται και λιγότερο συχνά αυτά που ο φροντιστής δυσκολεύεται στη σίτισή τους αλλά η αύξηση διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα. [23]

Από την πλευρά του φροντιστή παρατηρούνται πιο συχνά οι ακόλουθες προβληματικές συμπεριφορές σίτισης:

- Σίτιση κατά τη διάρκεια του ύπνου: σίτιση όταν το βρέφος κοιμάται. Συνήθως, επειδή όταν είναι ξύπνιο είτε αρνείται να λάβει είτε λαμβάνει μικρή ποσότητα τροφής από το στόμα.
- Σίτιση καταδίωξης: επίμονες (αλλά συχνά ανεπιτυχείς) προσπάθειες για να λάβει τροφή ένα βρέφος ή ένα παιδί παρά την άρνησή του, χωρίς ωστόσο να του εξασκείται βία.
- Βίαιη σίτιση: χρήση βίας κατά τη σίτιση ενός βρέφους ή παιδιού ενάντια στη θέλησή του, πέζοντάς το ν' ανοίξει το στόμα του.
- Μηχανιστική σίτιση: σίτιση με απόλυτη χρονική ακρίβεια ανά τακτά χρονικά διαστήματα παραβλέποντας την απουσία ενδείξεων πείνας (hunger cues) και καταβολή προσπάθειας να δοθεί καθορισμένη ποσότητα τροφής στο κάθε γεύμα. Η συμπεριφορά αυτή σίτισης χαρακτηρίζεται από έλλειψη συναισθηματικής συνάφειας φροντιστή-βρέφους, ο οποίος μεταχειρίζεται το βρέφος σαν ένα άψυχο αντικείμενο όταν το ταΐζει.
- Εξαρτημένη απόσπαση προσοχής κατά τη σίτιση: όλα τα γεύματα λαμβάνουν χώρα όταν αποσπάται η προσοχή του βρέφους/παιδιού το οποίο δεν δείχνει ενδιαφέρον για το φαγητό και τρώει μόνο όταν του αποσπάται η προσοχή του κατά τη σίτιση.

- Παρατεινόμενα γεύματα: τα γεύματα παρατείνονται επί μακρόν (συνήθως περισσότερο από 30 λεπτά) ενώ το παιδί τρώει μικρές ποσότητες τροφής. Παρ'όλα αυτά οι γονείς συνεχίζουν το γεύμα παρά την έλλειψη επιτυχίας με ή χωρίς την εκδήλωση άλλων δυσλειτουργικών συμπεριφορών απ' αυτές που αναπτύχθηκαν παραπάνω. [5]

Ενώ από την πλευρά του βρέφους/παιδιού οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές σίτισης περιλαμβάνουν :

- την άρνηση αποδοχής τροφής η οποία μπορεί να είναι γενικευμένη ή επιλεκτική σε ορισμένο τρόπο σίτισης (π.χ. σε μπιμπερό, κουτάλι), σε ορισμένο φροντιστή, σε ορισμένη υφή (π.χ. λιωμένη ή στερεά) ή είδος τροφής (π.χ. γάλα, κρέας)
- την προσκόλληση σε ορισμένη υφή ή είδος τροφής
- την απουσία αυτονόμησης της σίτισης όταν φθάσει στην κατάλληλη ηλικία.

1.4.2 Ειδικές περιπτώσεις

Εγκεφαλική Παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση αποτελεί την πιο συχνή αιτία παιδιατρικής δυσφαγίας. Οι διαταραχές του στοματικού σταδίου της κατάποσης αποτελούν κοινό γνώρισμα στην εγκεφαλική παράλυση, με κύρια ευρήματα την παραμονή αρχέγονων αντανακλαστικών και την στοματοκινητική διαταραχή. Μεγάλη είναι η συχνότητα των διαταραχών φαρυγγικού σταδίου, καθώς παρατηρείται σιωπηρή εισρόφηση σε άνω του 50% των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση, λόγω μειωμένης φαρυγγικής κινητικότητας και καθυστέρησης αντανακλαστικού κατάποσης. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 271 παιδιά με εγκεφαλική παράλυση κατέδειξε πως 89% των παιδιών χρειαζόταν βοήθεια κατά τη σίτιση, 56% παρουσίαζε επεισόδια πνιγμονής κατά τη σίτιση, 28% κατανάλωνε τρεις ώρες ημερησίως για σίτιση, ενώ στο 64% των παιδιών δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ εκτίμηση κατάποσης (Sullivan et al., 2000).

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση

Η μειωμένη λαρυγγοφαρυγγική αισθητικότητα, η αυξημένη συχνότητα σιωπηρής εισρόφησης, αναπνευστικών λοιμώξεων και άπνοιας, η άρνηση σίτισης και η αποτυχία ανάπτυξης αποτελούν τις βασικές επιπτώσεις της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης στα παιδιά. Σε περίπτωση συνύπαρξης με διαταραχές στοματοφαρυγγικού σταδίου, ο λογοθεραπευτής σε συνεργασία με τον γαστρεντερολόγο, διαμορφώνουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που στοχεύει στη βελτίωση στοματοφαρυγγικής λειτουργίας και στη μείωση της παλινδρόμησης.

Συμπερασματικά, η θεραπεία ποικίλλει και εξαρτάται από την αιτία, τα συμπτώματα και το είδος του προβλήματος κατάποσης. Για να είναι η θεραπεία αποτελεσματική είναι σημαντικό να προηγηθεί πρώιμη αναγνώριση των διαταραχών σίτισης έτσι ώστε η διάγνωση των υποκειμένων νοσημάτων να γίνει πιο γρήγορα και πιο αποτελεσματικά. [50]

1.5 Κλινική εικόνα παιδιατρικής δυσφαγίας

Τα νεογνά που γεννιούνται πρόωρα χαρακτηρίζονται από μειωμένο στοματοπροσωπικό μυϊκό όγκο και συντονισμό, μειωμένο έλεγχο θέσης αυχενικής μοίρας, μειωμένο συγχρονισμό θηλασμού/αναπνοής/κατάποσης, και μειωμένο επίπεδο εγρήγορσης. Συνεπώς, παρατηρούνται συχνά μεγάλης διάρκειας γεύματα, ανεπαρκής πρόσληψη τροφής, μειωμένη αντοχή, εισρόφηση, άπνοια, πτώση κορεσμού, και βραδυκαρδία κατά τη σίτιση. Τα συμπτώματα αυτά εντείνονται όταν συνυπάρχει σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και βρογχοπνευμονική δυσπλασία. Αλλαγές στην ανάπτυξη, την ωριμότητα και την εμπειρία οδηγούν στην προοδευτική απόκτηση των δεξιοτήτων που απαιτούνται κατά τη σίτιση. Παράγοντες ετοιμότητας στοματικής σίτισης είναι η συμπλήρωση 32 εβδομάδων, η σταθερή ιατρική κατάσταση, το ρυθμικό και σταθερό πρότυπο μη-θρεπτικού θηλασμού, το ικανοποιητικό επίπεδο εγρήγορσης και η ομαλή καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία. [7]



Εικόνα 3 : Βρέφη με διαταραχές σίτισης

Αναλυτικότερα, η κλινική εικόνα της παιδιατρικής δυσφαγίας είναι :

- Άρνηση λήψης τροφής
- Αυξημένος χρόνος για την ολοκλήρωση του γεύματος (30' ή περισσότερο)
- Η έλλειψη προσοχής κατά τη διάρκεια των γευμάτων
- Τέντωμα του σώματος κατά τη διάρκεια της σίτισης
- Άρνηση να φάνε τρόφιμα από διαφορετική υφή
- Προβλήματα στο θηλασμό
- Η εκροή τροφής ή υγρών από το στόμα/ Σιελόρροια
- Βήχας κατά τη διάρκεια ή μετά τη κατάποση
- Αίσθημα πνιγμού κατά τη διάρκεια ή μετά τη σίτιση
- Ναυτία ή εμετός κατά την διάρκεια των γευμάτων
- Αδυναμία συντονισμού αναπνοής με το φαγητό και το ποτό
- Απώλεια βάρους ή βραδεία αύξηση του σωματικού βάρους ή της ανάπτυξης
- Περιοδικά πνευμονία
- Παλινδρόμηση της τροφής στο στόμα ή από τη μύτη
- Απώλεια ευχαρίστησης του γεύματος
- Ξηροστομία
- Δυσκολία λήψης της τροφής από το κουτάλι
- Ελαττωμένη ικανότητα δαγκώματος
- Ανεπαρκής ή απύσα ικανότητα μάσησης
- Έλλειψη έναρξης κατάποσης
- Καθαρισμός του λαιμού κατά τη διάρκεια ή μετά τη σίτιση
- Αίσθημα καθήλωσης της τροφής στο λαιμό
- Πόνος κατά τη κατάποση
- Αυξημένες εκκρίσεις κατά τη διάρκεια ή μετά το γεύμα

- Καούρα
- Δυσπεψία
- Υπερβολικά ρέψιμο
- Ξινή γεύση στο στόμα
- Δύσπνοια
- Συχνοί πονόλαιμοι
- Στομαχόπονοι
- Μεταβολές της φωνής (υγρή φωνή)
- Βραχνάδα

Αξίζει να αναφερθεί πως η εικόνα αυτή δεν είναι εφικτό να παρατηρηθεί σε υγιείς ενήλικες. Παιδιά, έφηβοι και ενήλικες είναι απαραίτητο να εμφανίσουν κάτι παθολογικό για να οδηγηθούν στο συμπέρασμα πως πρόκειται για δυσφαγία. [7]

1.6 Αντιμετώπιση – Θεραπεία δυσφαγίας

Η μελέτη και η αντιμετώπιση των διαταραχών της κατάποσης και σίτισης απαιτεί την εμπλοκή πολλών επιστημονικών ειδικοτήτων ιατρικών και παραιατρικών. Η διερεύνηση των διαταραχών αυτών περιλαμβάνει την προσέγγιση του ιστορικού της κύριας νόσου και των δευτερευόντων συστηματικών αλληλεπιδράσεων της και μια κλινική εξέταση προσανατολισμένη στην εντόπιση στοιχείων καθοδηγητικών για την διάγνωση και την αποκατάσταση της διαταραχής.

Η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας δυσφαγίας, αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης. Ο σχεδιασμός της εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης στηρίζεται στα αποτελέσματα μιας ολοκληρωμένης διαγνωστικής εκτίμησης, γεγονός που αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων. Με γνώμονα τη σταθεροποίηση και βελτίωση της ιατρικής κατάστασης, η ασφαλής και επαρκής σίτιση και ενυδάτωση του παιδιού, αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο της διεπιστημονικής παρέμβασης. Ως εκ τούτου, η αρχική απόφαση που καλείται να λάβει η διεπιστημονική ομάδα, έγκειται στην επιλογή της κατάλληλης για το παιδί,

διατροφικής οδού. Η ασφάλεια (βαθμός εισρόφησης και επίπεδο αναπνευστικής λειτουργίας) και η αποτελεσματικότητα (κέρδος βάρους, επάρκεια σίτισης και ενυδάτωσης) της σίτισης αποτελούν τους δύο καθοριστικούς παράγοντες για την επιλογή της διατροφικής οδού. Σε περιπτώσεις σοβαρών διαταραχών κατάποσης, όπου απαιτείται μακροπρόθεσμη θεραπευτική διαχείριση, προτείνεται η εφαρμογή μη στοματικής σίτισης. Διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό την ασφαλή θρέψη του παιδιού, η θεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της στοματοφαρυγγικής λειτουργίας και στην ασφαλή μετάβαση στη στοματική σίτιση.

Ο λογοθεραπευτής, σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, διαμορφώνει το θεραπευτικό σχεδιασμό που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού. Οι γνώσεις που απαιτούνται για το σχεδιασμό της εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης αφορούν το ιατρικό ιστορικό και την παρούσα ιατρική κατάσταση, τη στοματοφαρυγγική ανατομία και φυσιολογία, και το αντιληπτικό επίπεδο του παιδιού. Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, κατά τον σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος αποκατάστασης της δυσφαγίας, αφορούν την ποιότητα ζωής του παιδιού και τα ηθικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν. Ο λογοθεραπευτής είναι υπεύθυνος να εκπαιδεύσει το παιδί και τους φροντιστές στην εφαρμογή των θεραπευτικών στρατηγικών και να τους ενημερώσει για τις επιπτώσεις, σε περίπτωση που δεν τηρηθεί το θεραπευτικό πρόγραμμα. [6]

1.6.1 Βιντεοακτινοσκόπηση κατάποσης

Τα παρακλινικά μέσα μελέτης των διαταραχών της σίτισης είναι πολλά και έχουν ως σκοπό να προσφέρουν πληροφορίες στατιστικά σημαντικές για την με αποδείξεις (Evidence Based) διαχείριση των διαταραχών της σίτισης.

Κύρια παρακλινικά μέσα είναι :

- Η Οισοφαγογραφία
- Το Βαριούχο γεύμα
- Η Υπερηχοτομογραφία
- Η Βιντεοακτινοσκόπηση της κατάποσης (BA, VFS)

- Η Ενδοσκόπηση της κατάποσης (ΕΣΚ, Functional Endoscopic Evaluation of Swallowing)
- Η Οξυμετρία
- Η Μανομετρία του οισοφάγου
- Η Ραμετρία του οισοφάγου

και σε εξειδικευμένες περιπτώσεις

- Ηλεκτρομυογραφία μυών της κατάποσης
- Μανομετρία φάρυγγα και στοματικής κοιλότητας

Στα απεικονιστικά μέσα διερεύνησης των διαταραχών της σίτισης η βιντεοακτινοσκόπηση της κατάποσης κατέχει κεντρικό ρόλο, τόσο στην ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων όσο και στην παιδιατρική ομάδα.

Η συμβολή της βιντεοακτινοσκόπησης της κατάποσης συνίσταται στην απεικόνιση σε πραγματικό χρόνο της κινητικής συμπεριφοράς των βλωμών από το στόμα έως τον στόμαχο, την καταγραφή τους και τη μελέτη τους. Η μελέτη των πληροφοριών και των παρατηρήσεων κατά την βιντεοακτινοσκόπηση παρέχει κομβικές και σημαντικές πληροφορίες φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας, οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν βάση για την εξειδικευμένη αντιμετώπιση των διαταραχών της προώθησης των βλωμών. [31]

Ωστόσο, καθώς η βιντεοακτινοσκόπηση κατάποσης εμπεριέχει την έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, πρέπει να αιτιολογείται απόλυτα η κάθε παραπομπή, μέσω μιας εξειδικευμένης κλινικής εξέτασης, από την οποία θα τίθενται συγκεκριμένα ερωτήματα προς απάντηση.

Διαγραμματικά, μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τις ενδείξεις παραπομπής σε ΒΑ σε δύο βασικές κατηγορίες περιστατικών και στις αλληλοεπικαλύψεις τους:

- Παιδιά με κλινικά σημεία δυσφαγίας
- Παιδιά με νόσους υψηλού κινδύνου για δυσφαγία, χωρίς κλινικά σημεία δυσφαγίας

Δηλαδή αυτό σημαίνει ότι ακόμη κι αν δεν υπάρχουν προφανή κλινικά σημεία δυσφαγίας, η ένταξη και μόνον ενός παιδιού σε νοσολογική ομάδα υψηλού κινδύνου για δυσφαγία (πχ εγκεφαλική παράλυση), πρέπει να θέτει την ένδειξη για παραπομπή σε βιντεοακτινοσκόπηση.

Η χρήση της μεθόδου αυτής ως μεθόδου διερεύνησης και διαχείρισης των διαταραχών της σίτισης στηρίζεται αφενός στην ύπαρξη ισχυρών ενδείξεων για την

στατιστικά σημαντική συνεισφορά της στη λήψη αποφάσεων σημαντικών για την αντιμετώπιση διαταραχών σίτισης και αφετέρου στην ανυπαρξία άλλης μεθόδου με μεγαλύτερη αντικειμενικότητα. [31]

Η χρήση όμως της μεθόδου πρέπει να γίνεται από επιστήμονες οι οποίοι γνωρίζουν βαθιά την φυσιολογία της κατάποσης και τις εκτροπές από αυτήν καθώς επίσης και τα όρια της ίδιας της μεθόδου. Οι παρατηρήσεις της βιντεοανασκόπησης δεν επιτρέπεται να αποτελούν αυθύπαρκτες αποδείξεις της ασφάλειας και της επάρκειας της σίτισης, καθώς η καθημερινή πραγματικότητα των βλωμών και των συνθηκών σίτισης είναι δυνατόν να διαφέρει από το στατιστικό δείγμα της ανασκόπησης. Τελικός οδηγός για την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών θα πρέπει να αποτελεί η μεθοδική επιστημονική χρήση των δεδομένων και η σε βάθος χρόνου βελτιστοποίηση της παρέμβασης μας σε συγκεκριμένους στόχους.

1.6.2 Συνήθη προγράμματα θεραπείας

Τροποποίηση επιπέδου εγρήγορσης

Οι τεχνικές αυτές στοχεύουν στο βέλτιστο για σίτιση, επίπεδο εγρήγορσης του παιδιού. Αυτές περιλαμβάνουν τεχνικές αφύπνισης (μη ρυθμικά κινητικά, ακουστικά, απτικά ερεθίσματα), τεχνικές ηρεμίας (ρυθμικά, ιδιοδεκτικά, εν τω βαθει ερεθίσματα), καθώς και αλλαγές των περιβαλλοντικών παραμέτρων (θερμοκρασία, φωτισμός). [6]

Τροποποίηση τόνου

Ο φυσιολογικός τόνος χαρακτηρίζεται από ισορροπία μεταξύ εκτεινόντων και καμπτικών μυών με συνέπεια τις διαβαθμισμένες κινήσεις και την επίτευξη της σωστής θέσης σίτισης. Για την πλειονότητα των παιδιών η σωστή τοποθέτηση κατά τη σίτιση αρκεί, αλλά κάποια χρήζουν τροποποίησης τόνου πριν από τη σίτιση. Αυτό επιτυγχάνεται με διάφορες τεχνικές, όπως οι «χειρισμοί» και οι «διευκολύνσεις». [6]

Τροποποίηση απτικών αντιδράσεων

Σε περίπτωση υπερευαισθησίας η θεραπεία προσανατολίζεται στη μείωση των δυσάρεστων εμπειριών και στην προοδευτική εφαρμογή του ερεθίσματος. Αντίθετα, σε περίπτωση υποευαισθησίας, εφαρμόζεται ποικιλία απτικών, ηχητικών, οσφρητικών και γευστικών ερεθισμάτων. [6]

Βελτίωση στοματοκινητικού ελέγχου

Η διαταραχή λειτουργικότητας του στοματοκινητικού μηχανισμού μπορεί να οφείλεται σε υπερτονία, υποτονία, υπαισθησία, μυϊκή ασυνεργία ή αδυναμία, και σε υπερέκταση κεφαλής. Η θεραπεία περιλαμβάνει την εφαρμογή της κατάλληλης θέσης σίτισης, ενώ στην κλινική πρακτική, ο λογοθεραπευτής εφαρμόζει μία μεγάλη ποικιλία ενεργητικών και παθητικών ασκήσεων που μπορούν να επιφέρουν σημαντική βελτίωση στις ανωτέρω διαταραχές. [6]

Τροποποίηση χαρακτηριστικών βλωμού

Αλλαγές της θερμοκρασίας, του μεγέθους, της πυκνότητας, της γεύσης και χημικής σύστασης των βλωμού, μπορούν να εφαρμοστούν σε περίπτωση εισρόφησης, υποευαισθησίας και υπερευαισθησίας. [6]

Τροποποίηση τρόπου χορήγησης τροφής

Αντισταθμιστικές στρατηγικές όπως, ο έλεγχος του ρυθμού σίτισης, η αλλαγή μεγέθους και σχήματος του κουταλιού και της θηλής, μπορούν να μειώσουν ή και να εξαλείψουν την εισρόφηση του βλωμού. [6]

Τροποποίηση θέσης σίτισης

Η ιδανική θέση σίτισης επιτρέπει την ευθυγράμμιση κεφαλής, τραχήλου και κορμού, το καμπικό πρότυπο, τη συμμετρία της ωμικής ζώνης και την κάμψη των ισχίων. Ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού, κάποιες φορές κρίνεται σκόπιμη η

τροποποίηση της θέσης σίτισης και κεφαλής, προκειμένου να βελτιωθεί η αναπνευστική λειτουργία και η ασφάλεια σίτισης. [6]

Θεραπευτική διαχείριση εισρόφησης

Η εισρόφηση βλωμού στον αεραγωγό μπορεί να εκδηλωθεί πριν, κατά ή μετά την κατάποση και αποτελεί την πιο επιβλαβή συνέπεια των διαταραχών κατάποσης. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής τεχνικής για την αποφυγή της εισρόφησης γίνεται με γνώμονα την αιτιολογία της εισρόφησης. [6]

Θεραπευτική διαχείριση μειωμένης αντοχής – κόπωσης

Η αύξηση της ροής υγρών κατά την έναρξη του γεύματος στα βρέφη, η τροποποίηση του προγράμματος σίτισης, τα συμπληρώματα διατροφής σε συνεργασία με διατροφολόγο, η αναπνευστική υποστήριξη κατά τη σίτιση, ο έλεγχος ρυθμού και οι αναπνευστικές ασκήσεις, αποτελούν τεχνικές οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν σε περιπτώσεις κόπωσης κατά τη σίτιση. [6]

1.6.3 Άμεση – Έμμεση θεραπεία

Όσον αφορά την άμεση θεραπεία, πρόκειται για εκπαιδευτικές ασκήσεις/στρατηγικές που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της σίτισης και της κατάποσης και οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν: αλλαγές στάσης σώματος και κεφαλής ή πολλαπλές καταπόσεις ή άλλου είδους χειρισμούς κατάποσης. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, ο ασθενής μπορεί να κληθεί να δοκιμάσει διάφορες κινήσεις, θέσεις και στάσεις σώματος και κεφαλής για να καθοριστεί η ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη στάση για το πρόγραμμα θεραπείας.

Αντιθέτως στην έμμεση θεραπεία, επιλέγονται ασκήσεις ενδυνάμωσης και βελτίωσης του συντονισμού των μυών του προσώπου και της κατάποσης π.χ. ασκήσεις αντίστασης ή εύρους κινήσεων των αρθρώτων, συγκράτησης γλώσσας,

χαλάρωσης κρικοφαρυγγικού σφικτήρα, προσποίησης γαργάρας ή χασμουρητού.
[3]

1.6.4 Άλλες τεχνικές

Μία ακόμη συνηθισμένη τεχνική είναι η διέγερση της αισθητικότητας . Πρόκειται για ασκήσεις με στόχο τη βελτίωση και την αποκατάσταση της αισθητικότητας των μυών του προσώπου και της κατάποσης και μπορεί να συμπεριλαμβάνουν ασκήσεις διαφοροποίησης θερμοκρασίας, γευστικότητας, πίεσης και οπτική ερεθίσματα.

Πολύ συχνά γίνεται και εφαρμογή αντισταθμιστικών τεχνικών και στρατηγικών. Πρόκειται για αλλαγές στις συστάσεις τροφών και στον τρόπο σίτισης του ασθενούς. Ένα τέτοιο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να συνιστά ποια είδη τροφών και υγρών είναι ασφαλή και ποια θα πρέπει να αποφεύγονται, καθώς και κάποιες τροποποιήσεις στη διατροφή, π.χ. μεταβολές στη σύσταση ή αλλαγές στην ποσότητα, θερμοκρασία, γεύση και οσμή των τροφών και υγρών.

Άλλες στρατηγικές που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν αφορούν στον τρόπο και στις συνήθειες σίτισης και είναι οι εξής: αλλαγές στο περιβάλλον ελάττωση περισπασμών και απόσπασης προσοχής, επιβράδυνση και αλλαγές γεύματος. Συχνά, τέτοιες στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνουν και τη χρήση ειδικών εργαλείων και βοηθημάτων σίτισης π.χ. διαμορφωμένα κύπελλα ή ποτήρια για υγρά. [51]

1.6.5 Χειρουργικές τεχνικές

Οι πιο συχνές χειρουργικές τεχνικές που πραγματοποιούνται σε προβλήματα δυσφαγίας είναι η τραχειοστομία και η γαστροτομία. Όμως, η λογική της εφαρμογής αυτών των τεχνικών είναι η παράκαμψη του προβλήματος, δηλαδή η προστασία του πνεύμονα και η εξασφάλιση της σίτισης.

Οι χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούμε, για να επιλύσουμε το πρόβλημα είναι λίγες, με συγκεκριμένες και ειδικές ενδείξεις και χωρίς πάντα καλά αποτελέσματα. Τέτοιες είναι η κρικοφαρυγγική μυοτομία, δηλαδή η διατομή του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα, ώστε να “δέχεται” αποτελεσματικότερα το βλωμό, η παράκαμψη του λάρυγγα, η λαρυγγεκτομή, η συρραφή της επιγλωττίδας, η θυρεοπλαστική με προσαγωγή του αρυταινοειδούς και άλλες τεχνικές, ανάλογα με την αιτία που προκαλεί τη δυσφαγία.

Συμπερασματικά, η χειρουργική δεν έχει πρωτεύουσα ρόλο σε προβλήματα δυσφαγίας, αλλά προσπαθεί να περιορίσει την πιθανότητα εισρόφησης. [51]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Ασθένειες με συμπτώματα δυσφαγίας

2.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τους Arvedson & Brodsky (2002) το ποσοστό στον παιδιατρικό πληθυσμό που παρουσιάζει δυσφαγία είναι:

- 25-30% των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών.
- 50-70% των γεννημένα πρόωρων παιδιών και των παιδιών με χρόνια ιατρικά προβλήματα.
- 85-90% των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση.
- 35% των παιδιών με αποστροφή στο φαγητό.
- 90% των παιδιών που εισροφούν είναι εξαρτημένα είτε μερικώς είτε ολικώς στη σίτιση. [9]

Η δυσφαγία στα παιδιά παρουσιάζεται συνήθως ως δυσκολία σίτισης ή αναπνευστική δυσκολία. Τα κύρια σημάδια δυσφαγίας σε κάποια παιδιά είναι η αποτυχία κατάποσης και η έλλειψη αύξησης βάρους. Ασθενείς με σύνδρομο Prader – Willi εμφανίζουν δυσφαγία όταν είναι βρέφη, η οποία ωστόσο βελτιώνεται με την ηλικία. Ένα βρέφος με μικρή ή μεγάλη κάτω γνάθο μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα σίτισης, ενώ βρέφη με σύνδρομο Pierre – Robin ή Beckwith βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για δυσκολίες σίτισης. Η αξιολόγηση της μυϊκής δύναμης και η εκτίμηση των ανατακλαστικών, μπορεί να αποκαλύψει νευρομυϊκές αιτίες της δυσφαγίας. Υποτονικές αντιδράσεις μπορεί να σχετίζονται με ασυγχρόνιστες κινήσεις κατάποσης και “πιπίλισματος” που οδηγούν σε δυσφαγία. Εγγενείς μυοπάθειες και δυστροφίες σχετίζονται, επίσης, αρκετά συχνά με δυσφαγία. [31]

Τα βρέφη πρέπει να εξετάζονται με προσοχή κατά το “πιπίλισμα” τους. Κατά την διάρκεια σίτισης, μπορεί να εκτιμηθεί η δύναμη και ο συγχρονισμός της διαδικασίας σίτισης και κατάποσης. Προοδευτική αδυναμία κατά το “πιπίλισμα” μπορεί να σημαίνει πρόβλημα σε κάποια συμβολή νεύρων – μυών. Πρέπει να εκτιμηθεί, ταυτόχρονα, ο κύκλος πιπίλισμα – κατάποση – αναπνοή ώστε να διαπιστωθεί εάν είναι φυσιολογικός ή όχι. Το ποσοστό πιπίλισμα προς κατάποση είναι κανονικά 1:1.

Η αντιμετώπιση της δυσφαγίας στα βρέφη βασίζεται στα “ευρήματα” των γενικών και νευρολογικών εξετάσεων. Στα παιδιά με υποψία δυσφαγίας πραγματοποιείται ανάλυση βίντεο κατά την διάρκεια σίτισης και κατάποσης. Για ασθενείς με χαρακτηριστικά δυσμορφίας απαιτείται τις περισσότερες φορές ανάλυση του καρυότυπου, όσον αφορά τα χρωμοσώματα, για συγκεκριμένη διάγνωση. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως η υποψία εγγενούς μυοτονικής δυστροφία ή συνδρόμου Prader – Willy, ειδικά τεστ DNA μπορεί να είναι καθοριστικά. Κατάλληλα τεστ μεταβολισμού, για παράδειγμα πολύ μακριά αλυσίδα λιπιδίων, ίσως χρειάζονται σε ασθενείς με υποψία συνδρόμου Zellweger ή άλλων διαταραχών. Τέλος, η μαγνητική τομογραφία (MRI) ως μέθοδος παρέμβασης μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με νευρομυικά προβλήματα [19][28]

Η παιδιατρική δυσφαγία και τα προβλήματα κατάποσης περιλαμβάνουν μια σειρά πολύπλοκων και δύσκολων θεμάτων με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο για τον θεράπων να εκτιμήσει την κατάσταση. Απαιτείται μεγάλη έρευνα και προσπάθεια για την εύρεση και θεραπεία των συμπτωμάτων των ασθενειών που σχετίζονται με την δυσφαγία.

Η δυσφαγία, ως αποτέλεσμα ασθένειας ή τραύματος απειλεί, όχι μόνον την υγεία, αλλά και τη ζωή του ασθενούς. Ας δούμε, όμως, με λεπτομέρειες κάποιες ασθένειες στις οποίες συνυπάρχει και εμφανίζεται ως σύμπτωμα η παιδιατρική δυσφαγία.

2.2 Νευρολογικές διαταραχές

Κάθε νευρολογική διαταραχή που σχετίζεται με κινητικές ή αισθητηριακές βλάβες της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα ή του οισοφάγου μπορεί πιθανότατα να προκαλέσει δυσφαγία. Νευρογενείς ασθένειες όπως η Νόσος του Parkinson, η Νόσος Alzheimer, η Σκλήρυνση κατά Πλάκας, η Μυασθένεια Gravis και βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, η Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση και η Εγκεφαλική Παράλυση μπορεί να συνοδεύονται από δυσφαγία.

Μία πολύ λεπτομερής νευρολογική εξέταση είναι απαραίτητη σε ένα βρέφος με δυσφαγία. Πρέπει να διεξάγεται προσεκτική εκτίμηση της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων, και κυρίως των νεύρων V, VII, IX, X, XI, και XII, διότι έλλειμμα αυτών των νεύρων μπορεί να οδηγήσει σε δυσφαγία. [19]

2.2.1 Τραυματική εγκεφαλική βλάβη

Οι τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου δημιουργούνται όταν το κεφάλι, για κάποιο λόγο δέχεται ισχυρό κτύπημα από ένα αντικείμενο ή όταν διαπερνά το κρανίο και εισέρχεται σε αυτό ένα ξένο σώμα ή ακόμη όταν λόγω δυνατού τραντάγματος, ο εγκέφαλος παθαίνει διάσειση. [50]

Μετά από σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα, και ιδιαίτερα όταν απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη, η δυσφαγία είναι συνηθισμένη περίπτωση. Δύο τύποι δυσφαγίας σχετίζονται με κάποιο εγκεφαλικό τραύμα :

- ❖ Στοματική δυσφαγία (oral dysphagia), αναφέρεται στην δυσκολία μάσησης και ελέγχου της τροφής και των υγρών στο στόμα. Αυτό σημαίνει πως κάποιος είναι ανίκανος να κλείσει τα χείλη, να κουνήσει τη γλώσσα του και να μεταφέρει την τροφή στο πίσω μέρος του στόματος ώστε να γίνει η κατάποση.
- ❖ Φαρυγγική δυσφαγία (Pharyngeal dysphagia), αναφέρεται στην δυσκολία κατάποσης τροφών και υγρών. Η κατάποση είναι μια περίπλοκη αλληλουχία μυϊκών κινήσεων που ελέγχονται από το νευρικό σύστημα. Εάν αυτή η διαδικασία διακοπεί, λόγω κάποιου εγκεφαλικού τραύματος για παράδειγμα, η τροφή μπορεί να ακολουθήσει λάθος δρόμο και να παρεμποδιστεί στον λαιμό ή να εισέλθει στον αναπνευστικό δρόμο, γνωστό και ως εισρόφηση (aspiration). [15]

2.2.1.1 Επιπτώσεις

Μετά από κάποιο εγκεφαλικό τραύμα, είναι πιθανό να επηρεαστούν τα στάδια κατάποσης. Μπορεί να είναι αποτέλεσμα ζημιάς στα κεντρικά τμήματα κατάποσης του εγκεφάλου ή στα νεύρα και στους μύες που ελέγχουν την

κατάποση. Για παράδειγμα, εάν ζημιά εμφανιστεί στους αισθητήρες της γεύσης και της οσμής τότε θα επηρεαστεί η προστοματική φάση της σίτισης και δεν θα παραχθεί σάλιο. Ο ασθενής ενδεχομένως να μην αντιλαμβάνεται την διαδικασία σίτισης (τι είναι φαγητό δηλαδή) και πώς πρέπει να γίνει σωστά η σίτιση του .

Οι επιπτώσεις εγκεφαλικού τραύματος συμπεριλαμβάνουν και την άγνοια των ασθενών για προβλήματα, όπως για παράδειγμα το ότι το φαγητό κατευθύνεται σε λάθος δρόμο, καθώς δεν λειτουργεί το αντανακλαστικό πνιγμού. Διαδικασία γνωστή και ως σιωπηλή εισρόφηση που μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονία εισρόφησης. [41]

2.2.1.2 Διάγνωση – Θεραπεία

Γιατροί, λογοθεραπευτές και διατροφολόγοι πρέπει να διεξάγουν μια σειρά τεστ προκειμένου να διαπιστώσουν τον τύπο της δυσφαγίας, την φύση των δυσκολιών μάσησης/κατάποσης και πώς αυτές επηρεάζουν τον ασθενή.

Η δυσφαγία σε αυτές τις περιπτώσεις αντιμετωπίζεται από λογοθεραπευτές και διατροφολόγους. Η ομάδα αυτών των ειδικών αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες χρησιμοποιώντας μια ποικιλία θεραπευτικών τεχνικών, οι οποίες περιλαμβάνουν διαδικασίες και ασκήσεις που βοηθούν στο να διεγείρουν την κατάποση και να ενδυναμώσουν τους μύες που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της σίτισης, ενώ οι διατροφολόγοι δημιουργούν την κατάλληλη διαίτα.

Πολύ συχνά χρησιμοποιούνται και σωλήνες σίτισης, που αποτελούν έναν τρόπο απευθείας εισαγωγής φαγητού, υγρών και φαρμάκων χωρίς ο ασθενής να χρειαστεί να καταπιεί.

Εάν η δυσφαγία δεν χειριστεί κατάλληλα, μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό, αφυδάτωση και μολύνσεις του αναπνευστικού. Μπορεί, τέλος, να οδηγήσει και σε έλλειψη αυτοπεποίθησης και διάθεσης καθώς χάνεται η χαρά των γευμάτων. [15]

2.2.2 Μηνιγγίτιδα

Μηνιγγίτιδα είναι η φλεγμονή των μηνίγγων, των προστατευτικών δηλαδή μεμβρανών που περιβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα. Πρόκειται για μια σοβαρή ασθένεια αφού η φλεγμονή γειτνιάζει με τον εγκέφαλο και τη σπονδυλική

στήλη, ενώ είναι και μεταδοτική με τον αέρα και μπορεί να πάρει διαστάσεις επιδημίας. [50]

2.2.2.1 Συμπτώματα

Δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας. Πολλοί είναι αυτοί που συνδέουν τα πρώιμα σημάδια και τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας με τη γρίπη. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφοροποιηθούν ανάλογα με το αίτιο. Δεν παρουσιάζεται πάντα το σύνολο των συμπτωμάτων, ούτε και αυτά εμφανίζονται πάντα με έναν προκαθορισμένο τρόπο.

Ο πυρετός, η κεφαλαλγία και η δυσκαμψία του αυχένα είναι τα συμπτώματα "σήμα κατατεθέν" της μηνιγγίτιδας. Στα βρέφη και στα παιδιά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, ευερεθιστότητα, δυσφαγία, λήθαργο ενώ στους ενήλικες προστίθενται συμπτώματα όπως υψηλός πυρετός, έντονη κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, φωτοφοβία. [4]

2.2.2.2 Διάγνωση – Θεραπεία

Είναι σημαντικό να γνωρίζετε τα σημάδια εκείνα που θεωρούνται "σήμα κατατεθέν" της μηνιγγίτιδας και να ενεργούμε γρήγορα, ενημερώνοντας κάποιον γιατρό. Η έγκαιρη δράση μπορεί να βοηθήσει μια ζωή.

Η πιο σημαντική εξέταση για τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό μηνιγγίτιδας είναι η ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) με οσφυνωτιαία παρακέντηση(ONΠ). Σε σοβαρές περιπτώσεις μηνιγγίτιδας είναι σημαντική η παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών του αίματος.

Η θεραπεία εξαρτάται από το αίτιο εμφάνισης μηνιγγίτιδας. Σε όλες τις περιπτώσεις, ωστόσο, είναι σημαντικό η θεραπεία να ξεκινήσει άμεσα, καθώς η μηνιγγίτιδα είναι δυνητικά μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή και έχει υψηλό ποσοστό θνησιμότητας αν αφηθεί χωρίς θεραπεία. [4]

2.2.3 Εγκεφαλοπάθεια

Η εγκεφαλοπάθεια είναι ένας γενικός όρος που περιγράφει μια ασθένεια, η οποία επηρεάζει την λειτουργία ή την δομή του εγκεφάλου. Υπάρχουν πολλοί τύποι εγκεφαλοπάθειας, κάποιοι είναι μόνιμοι και κάποιοι άλλοι προσωρινοί. [50]

2.2.3.1 Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της εγκεφαλοπάθειας ποικίλλουν ανάλογα με την αιτία και την σοβαρότητα της ασθένειας.

Τα κυριότερα και πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι η δυσκολία συγκέντρωσης και απώλεια μνήμης. Μερικές φορές ο ασθενής αισθάνεται και ληθαργικός και νυσταγμένος. Φυσικά παρατηρείται και αδυναμία κάποιων μυών, τρέμουλο και δυσκολία στην κατάποση. [47]



Εικόνα 4 : Ασθενής με υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια με δυσφαγία, παρουσιάζει διάχυτες βλάβες στη φλοιώδη και υποφλοιώδη μοίρα του εγκεφάλου με αυξημένο σήμα στην ακολουθία Flair της MIR εγκεφάλου

2.2.3.2 Διάγνωση – Θεραπεία

Η εγκεφαλοπάθεια που οφείλεται σε ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, σε διαταραχές των ηλεκτρολυτών ή στη χορήγηση βενζοδιαζεπινών και ναρκωτικών φαρμάκων συναντάται συχνά, και, ως εκ τούτου, συνήθως διαγιγνώσκεται ορθά. Ωστόσο υπάρχουν και εγκεφαλοπάθειες, οι οποίες ενδέχεται να παραβλέπονται από κλινικούς γιατρούς, καθώς σπάνια έρχονται στο νου στην κλινική πρακτική. Λόγω της υποτιθέμενης σχετικής σπανιότητας αυτών των περιπτώσεων και της έμφασης

που δίδεται στις “κλασικές” κλινικές εικόνες τις οποίες απομνημονεύουν οι γιατροί, αυτές, οι συχνά αντιμετωπίσιμες και ίσως όχι και τόσο σπάνιες εγκεφαλοπάθειες που οφείλονται σε συστηματική νόσο, ενδέχεται να μη διαγνωσθούν και να μην αντιμετωπισθούν.

Η κλινική βελτίωση για πολλά από αυτά τα σύνδρομα εξαρτάται από την άμεση παρέμβαση. Ως εκ τούτου, η διάγνωση και η επακόλουθη έκβαση του ασθενή βασίζονται σε υψηλό βαθμό στην υποψία και στην προσεκτική κλινική εκτίμηση.

Για την επιβεβαίωση, λοιπόν, μιας εγκεφαλοπάθειας διεξάγονται μια σειρά ορισμένων τεστ. Αυτά περιλαμβάνουν εξετάσεις αίματος, έλεγχος σπονδυλικού υγρού, τομογραφία εγκεφάλου (CT και MRI) και ηλεκτροεγκεφαλικά τεστ για τον έλεγχο της δραστηριότητας του εγκεφάλου. [47]

2.2.4 Εγκεφαλική παράλυση

Η Εγκεφαλική Παράλυση είναι πάθηση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Είναι μία από τις πιο σοβαρές νευροαναπτυξιακές διαταραχές και συνήθως διαγιγνώσκεται στα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού.

Οφείλεται σε βλάβη ή ατελή ανάπτυξη περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν, ελέγχουν και συντονίζουν τις κινήσεις και την ισορροπία του σώματος. Εκδηλώνεται με διάφορες κινητικές διαταραχές (σπαστικότητα, αθέτωση, αταξία, δυσκαμψία, ατονία), και σε ορισμένες περιπτώσεις συνοδεύεται από διανοητική καθυστέρηση. εγκεφαλική παράλυση Πρέπει να περιγράφεται και να ορίζεται ως μια σημαντικά πολύπλοκη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μεγάλες ατομικές διαφορές και επηρεάζει από την κινητική έως τη γνωστική συμπεριφορά. [36]

2.2.4.1 Συμπτώματα

Τα πρώτα ύποπτα συμπτώματα είναι η πολύ αργή ανάπτυξη του μυϊκού ελέγχου και του συντονισμού των κινήσεων του παιδιού. Υπάρχουν όμως και συμπτώματα λιγότερο ευκρινή.

Η βαρύτητα της κατάστασης διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση. Μεταξύ των συμπτωμάτων που προκύπτουν από τους διάφορους τύπους εγκεφαλικής βλάβης είναι, κυρίως, η μειωμένη συνολική προσοχή και η ικανότητα διατήρησης της προσοχής. Μερικοί έχουν πολύ ελαφριές κινητικές δυσκολίες και δεν παρουσιάζουν έκδηλη αναπηρία. Άλλοι όμως, έχουν πολύ πιο σοβαρά κινητικά προβλήματα, στη βάδιση, στην ισορροπία, στην ομιλία, ενώ μερικοί γίνονται απόλυτα εξαρτημένοι. Ανάλογα με την νευρολογική βλάβη μπορεί να υπάρχουν και σοβαρά συνοδά συμπτώματα (επιληψία, νοητική υστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα λόγου-ομιλίας, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δυσκολίες στην κατάποση και στη σίτιση). [36]

2.2.4.2 Διάγνωση – Θεραπεία

Το πιο αξιόπιστο τεστ για έγκαιρη διάγνωση των ελαφρών μορφών εγκεφαλικής παράλυσης, είναι η «προσαγωγή του αντίχειρος». Η βασική μέθοδος διάγνωσης παραμένει ακόμα και σήμερα η κλινική εξέταση. Βοηθητικές δευτερεύουσες παρακλινικές εξετάσεις είναι η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, εξετάσεις αίματος, γενετικές δοκιμασίες, κλπ. Η εγκεφαλική παράλυση αποτελεί σοβαρό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, λόγω της μεγάλης δυσκολίας αν όχι της αδυναμίας, στη θεραπεία αυτής της σοβαρής παθήσεως.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει οριστική θεραπεία για την εγκεφαλική παράλυση, οι στρατηγικές αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και της μάθησης, μπορεί να αυξήσουν τις δυνατότητες του κάθε παιδιού. Ο κύριος στόχος είναι να ενισχυθεί η ατομική δυνατότητα κάθε παιδιού να ζήσει μια πλήρη ζωή κάνοντας ό, τι είναι δυνατόν για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες και για να βρεθούν νέοι τρόποι για την εκτέλεση εργασιών που παρουσιάζουν δυσκολίες.

Δεν υφίσταται διαθέσιμη ειδική φαρμακευτική θεραπεία για την Εγκεφαλική παράλυση, καθόσον οι εγκεφαλικές βλάβες είναι μη αναστρέψιμες. Οι ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις έχουν σαν σκοπό την πρόληψη και θεραπεία των παραμορφώσεων, ή την βελτίωση της κινητικότητας και λειτουργικότητας των άκρων.

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση από παιδίατρο ή νευρολόγο, αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες αποκατάστασης. Νεογέννητα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως π.χ. πρόωρα, λιπόβαρα βρέφη, πολύδυμες κυήσεις, παιδιά που νοσηλεύτηκαν σε μονάδες εντατικής νοσηλείας (MEN), θα έπρεπε να παρακολουθούνται συστηματικά από ομάδα ειδικών. Πολλές φορές σ' αυτά τα παιδιά συνιστάται φυσικοθεραπευτική παρέμβαση ακόμα και αν δεν υπάρχει συγκεκριμένη διάγνωση, προκειμένου να προληφθούν πιθανά προβλήματα και να εξελιχθεί φυσιολογικά το παιδί. [36]

2.3 Αναπτυξιακές διαταραχές

2.3.1 Αυτισμός

Ο αυτισμός είναι μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και από περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη και στερεότυπη συμπεριφορά. Είναι σοβαρή, νευροψυχιατρική διαταραχή, που οφείλεται σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου, εκδηλώνεται νωρίς και διαρκεί ολόκληρη τη ζωή. Η συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 2 έως 11 άτομα ανά 10.000 άτομα. Ο αυτισμός περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Αμερικανό ψυχίατρο Kanner, το 1943, ο οποίος ανέφερε περιπτώσεις παιδιών κλεισμένων στον εαυτό τους και χωρίς δυνατότητα επικοινωνίας. [50]

2.3.1.1 Συμπτώματα

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο, τη σοβαρότητα, τη συνύπαρξη άλλων ιατρικών καταστάσεων, την ιδιοσυγκρασία του ατόμου και παράγοντες του περιβάλλοντος. Τα πιο κοινά συμπτώματα και προβλήματα ατόμων με αυτισμό είναι η δυσκολία στην εκμάθηση γλώσσας και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και τις διαπροσωπικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους.

Ο αυτισμός μπορεί να υπάρχει μόνος του ή σε συνδυασμό με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, όπως νοητική καθυστέρηση, δυσκολίες στη μάθηση, επιληψία, κώφωση, τύφλωση, δυσφαγία.

Οι πρώτες ενδείξεις ξεκινούν πριν το παιδί γίνει τριών ετών. Οι γονείς συνήθως παρατηρούν σημάδια στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού τους. Τα συμπτώματα συνήθως αναπτύσσονται σταδιακά, αλλά ορισμένα αυτιστικά παιδιά πρώτα αναπτύσσονται κανονικά και ύστερα οπισθοδρομούν. [28]

2.3.1.2 Διάγνωση – Θεραπεία

Η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί στην πρώιμη παρέμβαση που βοηθά στην καλύτερη εξέλιξη του παιδιού. Η έγκαιρη διάγνωση λειτουργεί προληπτικά, εμποδίζοντας την εδραίωση πολλών ανεπιθύμητων συμπεριφορών. Τέλος, η έγκαιρη διάγνωση δίνει τη δυνατότητα στους γονείς, αλλά και σε όσους συναναστρέφονται με το παιδί, να συνειδητοποιήσουν από νωρίς το πρόβλημα και να αναζητήσουν προγράμματα θεραπευτικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, καθοδήγηση και συμβουλευτική υποστήριξη. [8]

“Ο αυτισμός είναι μια από τις πιο δυσνόητες και αινιγματικές καταστάσεις”, σύμφωνα με την κοινωνική ομάδα του Noesi.gr. Μέχρι σήμερα, δεν έχει βρεθεί η θεραπεία του. [48] Υπάρχουν ωστόσο θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με αυτισμό να αποκτούν κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και να βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής τους. Η πιο κατάλληλη αντιμετώπιση, είναι αποδεδειγμένα η ειδική αγωγή και ειδικά όταν αυτή συνδυάζεται με πρώιμη παρέμβαση, δηλαδή κατά την προσχολική ηλικία.

Οι Lukens και Linscheid κατέγραψαν την ανάπτυξη ενός πρωτοποριακού συγκεκριμένου τεστ για την περιγραφή και την εκτίμηση των συμπεριφορών σίτισης στα αυτιστικά παιδιά. Το όργανο αυτό (BAMBI) περιλαμβάνει 18 αντικείμενα που ποικίλλουν από παρατηρήσεις συμπεριφοράς (π.χ. κλάμα, φτύσιμο φαγητού, επιθετικότητα) σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προτίμησης (π.χ. γλυκό, αλμυρό).[27]

2.3.2 Προωρότητα - Χαμηλό βάρος γέννησης

Πρόωρο είναι το νεογνό που έχει γεννηθεί πριν την 37η εβδομάδα κύησης. Αν και ο πρόωρος τοκετός δεν είναι ασθένεια, είναι η μόνη σημαντική αιτία που σχετίζεται με την παιδική θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Όσο πιο πρόωρο είναι ένα βρέφος τόσο πιο αυξημένος είναι και ο κίνδυνος να αναπτύξει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας, όπως εγκεφαλική παράλυση, αισθητηριακές και κινητικές αναπηρίες, νοσήματα του αναπνευστικού, μαθησιακές δυσκολίες, ο αυτισμός, η νοητική στέρηση και προβλήματα δυσφαγίας. Η πρόωρη γέννηση είναι παγκοσμίως η κυριότερη αιτία θανάτου στα νεογνά και αποτελεί την αιτία περισσότερων από ένα εκατομμύριο θανάτων ετησίως, αντιστοιχώντας σε 35% των θανάτων νεογνών παγκοσμίως. Οι επιπλοκές της πρόωρης γέννησης αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά την πνευμονία σε παιδιά κάτω των 5 ετών. Πέρα από την προωρότητα σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση ή μη κάποιου προβλήματος, παίζει και το βάρος γέννησης. [50]

Σχεδόν 1 στα 10 παιδιά γεννιέται πρόωρα στην Ελλάδα. Το ποσοστό αυτό παραμένει αναλλοίωτο την τελευταία εικοσαετία, κυρίως λόγω της έλλειψης γνώσης ακριβούς αιτίας. Για αυτό και δεν μπορούν να κατανοηθούν οι παθοφυσιολογικές διαταραχές που προκαλούν τον πρόωρο τοκετό.

2.3.2.1 Επιπλοκές

Τα πρόωρα βρέφη εμφανίζουν ποικιλία ανατομικών και φυσιολογικών ανωμαλιών. Αυτές οι ανωμαλίες ποικίλουν ανάλογα με τον βαθμό της υπάρχουσας προωρότητας. Οι ανωμαλίες περιλαμβάνουν την αδυναμία των αντανακλαστικών θηλασμού και κατάποσης, την μικρή χωρητικότητα του στομάχου, την διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, την ατελή ανάπτυξη των τριχοειδών των πνευμόνων, τις ανώριμες κυψελίδες των πνευμόνων, την ελάττωση των αντανακλαστικών του βήχα και πνιγμού, την αδυναμία των θωρακικών μυών και άλλων μυών που χρησιμοποιούνται στην αναπνοή, την ανεπαρκή ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος, την ατελή ή φτωχή ανάπτυξη των ενζυμικών συστημάτων, την ανωριμότητα του ήπατος και την πλημμελή πλακουντιακή μεταφορά και

προγεννητική αποθήκευση ιχνοστοιχείων, βιταμινών και ανοσολογικών ουσιών. [33]

2.3.2.2 Κλινική εικόνα

Το κυριότερο σύμπτωμα είναι οι συσπάσεις της μήτρας, οι οποίες είναι περιοδικές, αυξανόμενης έντασης, διάρκειας τουλάχιστον 30 δευτερολέπτων και συχνότητας δύο τουλάχιστον ανά δέκα λεπτά. Οι συσπάσεις αυτές προκαλούν προοδευτική εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου και πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων σε ποσοστό περίπου 25%.

Τα πρόωρα μωρά είναι μικροκαμωμένα και παρουσιάζουν τις περισσότερες φορές προβλήματα υγείας, λόγω της ελλιπούς ανάπτυξης τους. Χαρακτηριστικό είναι πως κλαίνει σπάνια και σιγανά, καθώς έχουν περιορισμένες δυνάμεις. Ορισμένα μωρά παραμένουν μικρόσωμα, ωστόσο τα πιο πολλά καταφέρνουν να αναπτυχθούν απολύτως φυσιολογικά.

Τα πρόωρα βρέφη συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη ρύθμιση της θερμοκρασίας τους, την αναπνοή και την πρόσληψη τροφής και συνιστάται ειδική φροντίδα βάσει των ενδείξεων, η οποία περιλαμβάνει αναπνευστική υποστήριξη, θερμική φροντίδα και μέτρα υγιεινής. [33]

2.3.2.3 Αντιμετώπιση

Η αξιολόγηση του βαθμού προωρότητας και η αναγνώριση των ειδικών προβλημάτων μετά την γέννηση υπαγορεύουν την φροντίδα που απαιτείται για αυτά τα νεογνά. Γενικά, η φροντίδα επικεντρώνεται στην πρόληψη των λοιμώξεων, στην σταθεροποίηση της θερμοκρασίας του σώματος, στην διατήρηση της αναπνοής και στην παροχή επαρκούς σίτισης και ενυδάτωσης.

Η θερμοκοιτίδα ή μια θερμαινόμενη κλίνη παρέχει σταθερό περιβάλλον για την διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος. Ωστόσο, η ζωή του πρόωρου μωρού στη μονάδα δεν είναι εύκολη. Τα προβλήματα που έχει για να αντιμετωπισθούν χρειάζονται τολμηρές, σοβαρές και άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις με εφαρμογή πρωτοκόλλων χρήσης εξειδικευμένων φαρμάκων αλλά και μηχανημάτων.

Η πλειονότητα των πρόωρων μωρών καταφέρνει να καλύψει το πρώτο έτος της ζωής τους και τελικά να ξεπεράσει όλα τα προβλήματα της υγείας του. Η βελτίωση της νεογνικής θεραπείας και φροντίδας, είναι πολύ σημαντική για την πρόληψη των προβλημάτων και τη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Ο τομέας της ιατρικής που ασχολείται με τα προβλήματα των πρόωρων μωρών ονομάζεται νεογνολογία. [33]

2.4 Ασθένειες του πεπτικού συστήματος

2.4.1 Το σύνδρομο του “σύντομου εντέρου” (“short gut syndrome”)

Το σύνδρομο αυτό περιγράφει μια κατάσταση στην οποία το έντερο είναι μικρότερο από το κανονικό, συνήθως 50% ή και λιγότερο. Οφείλεται είτε σε χειρουργικό αποτέλεσμα είτε είναι πρόβλημα εκ γενετής. Το αποτέλεσμα είναι, το έντερο να μην έχει την απαραίτητη επιφάνεια για να απορροφήσει νερό, βιταμίνες και άλλες ουσίες απαραίτητες για την επιβίωση του οργανισμού. [50]

2.4.1.1 Κλινική εικόνα/ Συμπτώματα

Τα συμπτώματα και η σοβαρότητα του συνδρόμου ποικίλλουν ανάλογα με τα τμήματα που λείπουν. Το κυριότερο σύμπτωμα είναι η διάρροια, που οδηγεί σε αφυδάτωση, κακή σίτιση και απώλεια βάρους. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, βακτηριακές μολύνσεις, δυσφαγία και αδυναμία. Στα παιδιά με το σύνδρομο αυτό η δυσφαγία είναι πολύ συνηθισμένη.

Τους πρώτους μήνες ή και χρόνια μετά τη διάγνωση, το παιδί χρήζει ιατρικής προσοχής. Περνά αρκετό διάστημα στο νοσοκομείο και βλέπει αρκετούς γιατρούς. Όσο περνά ο καιρός όμως και το παιδί βελτιώνεται, η ανάγκη για τακτική ιατρική φροντίδα αρχίζει και μειώνεται. [40]

2.4.1.2 Θεραπεία

Η θεραπεία του συνδρόμου είναι μοναδική για κάθε ασθενή. Εξαρτάται από τα τμήματα που λείπουν, το ποσοστό που υπάρχει και πόσο καλά προσαρμόζεται το έντερο του ασθενούς. Οι περισσότερες θεραπευτικές μέθοδοι στοχεύουν στην παροχή διατροφικής υποστήριξης. [40]

2.4.2 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι συχνή ασθένεια που μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ακόμη και σε βρέφη. Είναι πιο συχνή στους ενήλικες. Η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία. Προκαλείται λόγω του ότι το περιεχόμενο του στομαχιού μετακινείται προς το κάτω μέρος του οισοφάγου. Επειδή το περιεχόμενο του στομαχιού είναι όξινο, ερεθίζει τον οισοφάγο και προκαλεί πόνο και αχαλασία. [50]

2.4.2.1 Κλινική εικόνα/ Συμπτώματα

Τα κλινικά συμπτώματα είναι η δυσφαγία, ο καύσος (πύρωση) -συχνό σύμπτωμα που εκτείνεται στην οπισθοστερνική χώρα και οφείλεται στην παλινδρόμηση όξινου γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο-, η οδυνοφαγία- πόνος κατά την κατάποση- ο έντονος οπισθοστερνικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας, ερυγές, ναυτία, επιγαστραλγία, κόμπος. [1]

2.4.2.2 Διάγνωση - Θεραπεία

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς και στην κλινική εξέταση. Υπάρχουν σήμερα αρκετά φάρμακα που είναι αποτελεσματικά και ασφαλή. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν κυρίως την οξύτητα και απαλύνουν τα συμπτώματα. Υπάρχουν και άλλα μέτρα που αφορούν τον τρόπο ζωής του ασθενούς που εάν ληφθούν μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην πρόληψη και αντιμετώπιση του συχνού αυτού κλινικού προβλήματος. Η αποφυγή του καπνίσματος, η

καταπολέμηση της παχυσαρκίας και η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους σώματος, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η αποφυγή φαγητών που αυξάνουν την οξύτητα του στομαχιού, η μείωση ή αποφυγή του καφέ, η μείωση κατανάλωσης λιπαρών τροφών ή σοκολάτας μπορούν να βοηθήσουν. [1]

2.4.3 Λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση

Η λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση, είναι η παρουσία όξινου γαστρικού υγρού στον λαρυγγοφάρυγγα. Συμβαίνει όταν το περιεχόμενο του στομάχου (όπως υδροχλωρικό οξύ, χολικά και παγκρεατικά ένζυμα και άλλα υγρά που παράγονται κατά την πέψη των τροφών), παλινδρομούν (επιστρέφουν) από το στομάχι δια μέσου του οισοφάγου στον λάρυγγα, τον φάρυγγα, τη στοματική κοιλότητα (στόμα) και την ρινική κοιλότητα (μύτη), και την κοιλότητα του μέσου ωτός (αυτί). Ο βλεννογόνος αυτών των περιοχών δεν έχει αμυντικούς μηχανισμούς εναντίον αυτών των υγρών με αποτέλεσμα να καταστρέφεται. [50]

Σχεδόν 40% των ενήλικων Ελλήνων έχουν συμπτώματα παλινδρόμησης, αλλά μόνο 10% το γνωρίζει. Στην Ευρώπη το 30-40% των Γάλλων υποφέρει από τη νόσο ενώ στην Αγγλία το 15-20% του γενικού πληθυσμού παραπονιέται για εβδομαδιαία συμπτώματα. Μεγάλη σημασία έχει ο σαφής διαχωρισμός της λαρυγγοφαρυγγικής παλινδρόμησης από την κλασική γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση, καθώς είναι δύο ξεχωριστές κλινικές οντότητες.

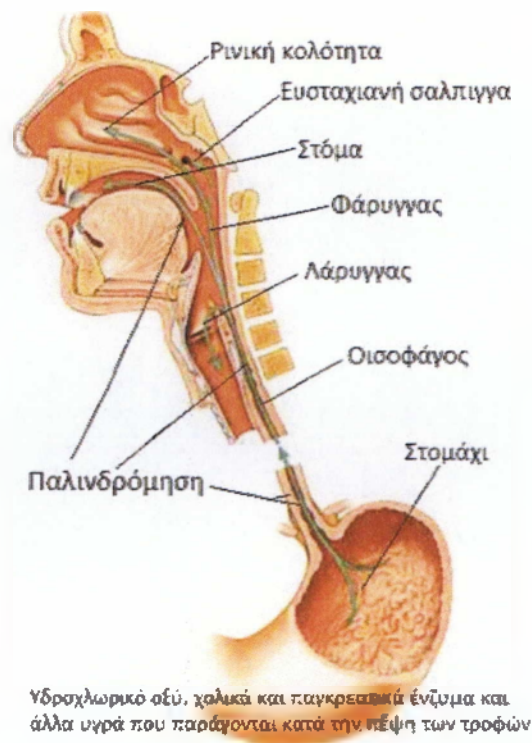
Τα συμπτώματα της λαρυγγοφαρυγγικής παλινδρόμησης περιλαμβάνουν βράγχος φωνής (βράχνιασμα) και δυσφωνία (κλείσιμο της φωνής), δυσφαγία (δυσκολία όταν καταπίνουμε), χρόνιο βήχα, αίσθηση ξένου σώματος στο φάρυγγα (κόμπο στο λαιμό), κακοσμία στόματος, και κατάποση οπισθορινικών εκκρίσεων (καταπίνουμε βλέννες και έχουμε την αίσθηση ότι κάτι κυλάει στο λαιμό).

Οι Suskind et al.[36] πειραματίστηκαν σε έναν πληθυσμό βρεφών που διεγνώστηκαν με λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση σε συνδυασμό με δυσφαγία και ακολούθησαν αποτελεσματικά την θεραπεία για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Ο Arvedson παρέχει μια πρωτοπόρα αναφορά γνωστών και άγνωστων πτυχών των αντιδράσεων και των λειτουργιών του φάρυγγα και του λάρυγγα.[4]

2.4.3.1 Διάγνωση - Θεραπεία

Η διάγνωση γίνεται με εκτίμηση των κλινικών συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την στροβοσκόπηση του λάρυγγα με την οποία βρίσκουμε ειδικά σημεία όξινης παλινδρόμησης καθώς και με την παρουσία οπίσθιας λαρυγγίτιδας, δηλαδή φλεγμονής και οιδήματος στον οπίσθιο λάρυγγα.

Η αγωγή είναι φαρμακευτική. Η μη θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης μπορεί να προκαλέσει καρκίνωμα οισοφάγου ενώ ενοχοποιούνται και πολύποδες των φωνητικών χορδών, οιδήματα και κοκκιάματα φωνητικών χορδών δηλαδή για τις λεγόμενες φλεγμονώδεις βλάβες του λάρυγγα. [4]



Εικόνα 5 : Απεικόνιση της λαρυγγοφαρυγγικής παλινδρόμησης (<http://www.vardouniotis.gr/index.php?id=46>)

2.5 Γενετικές διαταραχές

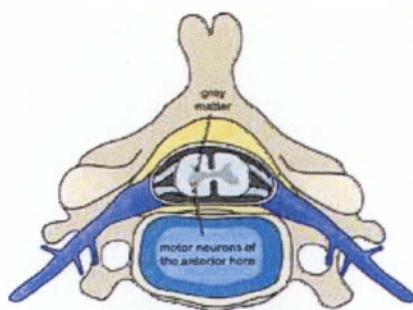
2.5.1 Νωτιαία μυϊκή ατροφία (SMA)

Η Νωτιαία Μυϊκή Ατροφία είναι μία γενετική ασθένεια, μια κληρονομική εκφυλιστική ασθένεια των κατώτερων κινητικών νευρώνων του νωτιαίου μυελού που σχετίζεται με συνεχώς αυξανόμενη μυϊκή αδυναμία και μυϊκή ατροφία. Επηρεάζει, δηλαδή, το μέρος του νευρικού συστήματος που ελέγχει την εκούσια μυϊκή κίνηση και θεωρείται νόσος του κινητικού νευρώνα.

Θεωρείται μία από τις πιο συχνές αιτίες βρεφικής θνησιμότητας και φαίνεται να υπάρχει σε όλους τους πληθυσμούς παγκοσμίως. Η συχνότητα της νόσου στη λευκή φυλή είναι περίπου 1:8000 και άρα οι φορείς υπολογίζονται σε 1:40. [50]

Υπάρχουν πολλές διαφοροποιήσεις της ασθένειας, και ο βαθμός της σοβαρότητάς της μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά τον κάθε άνθρωπο. Πρακτικά ο κλινικός διαχωρισμός γίνεται με γνώμονα την μέγιστη λειτουργική ικανότητα που ταξινομεί τους ασθενείς σε τρεις τύπους. Ο Τύπος 1 είναι ο πιο σοβαρός, ξεκινάει στις μικρότερες ηλικίες και οι ασθενείς δεν μπορούν να καθίσουν. Ο Τύπος 2 είναι ο λιγότερο σοβαρός και εξελίσσεται στις μεγαλύτερες ηλικίες. Κάποιοι ιατροί έχουν προσθέσει τον Τύπο 3 για την ήπια μορφή της ασθένειας που αρχίζει στην ενηλικίωση και δεν εμφανίζονται κινητικά προβλήματα.

Τα προβλήματα δυσφαγίας σε συνδυασμό με τη νωτιαία μυϊκή ατροφία μελετήθηκαν από τους Messina et al. Κατά κύριο λόγο αφορά περιορισμένο εύρος κίνησης κατά την στοματική φάση της σίτισης, δυσκολία στη μάσηση και δυσλειτουργίες κατάποσης. Όλα αυτά τα συμπτώματα αυξάνονται με την ηλικία. [29]



Εικόνα 6 : Η θέση των νευρών που επηρεάζονται από τη νωτιαία μυϊκή ατροφία στην σπονδυλική στήλη

2.5.1.1 Κλινική εικόνα/ Συμπτώματα

Η τυπική κλινική εικόνα της Νωτιαίας Μυϊκής Ατροφίας είναι υποτονία, έλλειψη αντανάκλαστικών και δεσμιδώσεις της γλώσσας σε μωρά ή πολυμικρομυόκλονος των χεριών σε μεγαλύτερα παιδιά.

Το μυϊκό σύστημα είναι το πρωταρχικό οργανικό σύστημα που επηρεάζεται. Η μυϊκή ατροφία μπορεί να επηρεάσει επίσης την διατροφή, καθώς η λειτουργία του μυ είναι ένας απαραίτητος μηχανισμός αποθήκευσης θρεπτικών ουσιών για το σώμα μας. Ενδεχόμενα επιπρόσθετα προβλήματα στην ασθένεια περιλαμβάνουν αδυναμία των αναπνευστικών μυών, αδυναμία των μυών κατάποσης (που οδηγεί σε προβλήματα λήψης τροφής), αδυναμία των ραχιαίων μυών με προοδευτική κυρτότητα της σπονδυλικής στήλης, και παρενέργειες κατά τη λήψη μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Με αυτή τη μυϊκή μείωση ή απώλεια, το σώμα έχει περιορισμένη ικανότητα να προσαρμόζεται σε διατροφικές αλλαγές, όπως πχ. η φυσιολογική διακοπή λήψης τροφής κατά τη διάρκεια της νύχτας, ή σε σοβαρότερες περιπτώσεις όπως η διάρροια, ο εμετός και ο πυρετός. [29]

2.5.1.2 Διάγνωση - Θεραπεία

Η γενετική διάγνωση της νωτιαίας μυϊκής ατροφίας γίνεται με τη μέθοδο ποσοτικής ανάλυσης PCR. Η επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης γίνεται στο 95% των περιπτώσεων με ανάλυση DNA. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις (1-2%) συνιστάται βιοψία μυός.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει θεραπεία για την ασθένεια. Ωστόσο, μπορεί να γίνει πρόληψη της νόσου, είτε με τον προγεννητικό έλεγχο με μελέτη χοριακής λάχνης (11η εβδομάδα) ή με μελέτη αμνιακού υγρού (17η εβδομάδα), είτε με την προεμφυτευτική διάγνωση όπου ελέγχονται τα έμβρυα πριν την εμφύτευσή τους στη μήτρα της μητέρας, είτε, τέλος με την ανίχνευση φορέων.

Επιπλέον, είναι σημαντικό για τα παιδιά που πάσχουν από νωτιαία μυϊκή ατροφία να υπάρχει ένα πρόγραμμα διατροφής που να περιορίζει τη διακοπή λήψης τροφής κατά τη διάρκεια της νύχτας σε 6 ώρες για τα μικρά παιδιά και σε 10-12 ώρες για τα μεγαλύτερα παιδιά. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη

πως χρειάζεται μεγάλη προσοχή στις διατροφικές ανάγκες που προκύπτουν κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας, ιδιαίτερα όταν παρουσιάζεται διάρροια ή εμετός.

Τελευταία επικεντρώνεται μεγάλο ενδιαφέρον σε καινούργιες μεθόδους και φάρμακα, που σαν σκοπό έχουν την αύξηση παραγωγής SMN από το ανέπαφο γονίδιο SMN2, ενώ άλλες μέθοδοι επικεντρώνονται σε νευροπροστατευτικά φάρμακα. [29]

2.5.2 Σύνδρομο CHARGE

Πρόκειται για ένα σύνδρομο που οφείλεται σε γενετική διαταραχή. Το όνομα του προκύπτει από τα αρχικά των έξι καταστάσεων – συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στην ασθένεια : κολόβωμα ματιού (*coloboma*), προβλήματα καρδιάς (*heart defects*), ατρησία χοανών (*atresia*), καθυστέρηση στην ανάπτυξη (*retardation of growth and/or development*), ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων (*genital and/or urinary abnormalities*) και τέλος δυσμορφία στα αυτιά και κώφωση (*ear abnormalities and deafness*).

Η συχνότητα του συνδρόμου υπολογίζεται σε 1:8500-12000 γεννήσεις, με αναλογία μεταξύ αρρένων & θηλέων 1:1. [50]

Οι Dobbelsteyn et al. απέδειξαν ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση προβλημάτων δυσφαγίας σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με το σύνδρομο CHARGE. Σε δυσλειτουργία των κρανιακών νεύρων οφείλονται τα προβλήματα κατά την μάσηση, την κατάποση και την σίτιση.

Η διάγνωση μέχρι πρόσφατα στηριζόταν σε κριτήρια που διέφεραν μεταξύ διαφόρων ερευνητών. Πρόσφατα προτάθηκαν νέα διαγνωστικά κριτήρια, στηριζόμενα στην παθογένεια του συνδρόμου. Ο θάνατος είναι συνηθισμένο φαινόμενο και παρτηρείται συχνά στους πρώτους μήνες ζωής, αν δεν γίνει έγκαιρα διάγνωση και αντιμετώπιση του. [16]

2.5.3 Νόσος Niemann – Pick τύπου C (NP-C)

Η νόσος Niemann-Pick τύπου C (NP-C) είναι μία σπάνια, κληρονομική γενετική διαταραχή (1/120000) συσσώρευσης λιπιδίων που μπορεί να προσβάλλει βρέφη, παιδιά και ενήλικες. Η συχνότητα της ασθένειας, ωστόσο, πιθανόν να μην ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, διότι υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στην κλινική προβολή και η διάγνωση της νόσου δεν είναι εύκολη. Στην χώρα μας η ακριβής συχνότητα δεν είναι γνωστή.

Βασικό γνώρισμά της νόσου είναι η προοδευτική νευρολογική επιδείνωση. Χαρακτηρίζεται, δηλαδή, από σπλαχνικές, νευρολογικές και ψυχιατρικές εκδηλώσεις, με ύπουλη εμφάνιση κινητικών διαταραχών και βαθμιαία νοητική έκπτωση. Η παθογένεια της νόσου συνίσταται στην ελαττωματική μεταφορά των λιπιδίων στο εσωτερικό των κυττάρων. Προκαλείται από διαταραχή στην ενδοκυτταρική μεταφορά χοληστερόλης στα λυσοσώματα. [17]

2.5.3.1 Κλινική εικόνα/ Συμπτώματα

Η κλινική εικόνα διαφέρει ανάλογα με την ηλικία έναρξης. Μέχρι την ηλικία των 2 ετών, προεξάρχει η σπληνομεγαλία, με ή χωρίς νευρολογικά σημεία (καθυστέρηση αναπτυξιακών ορόσημων, απώλεια κεκτημένων ικανοτήτων, υποτονία, σπαστικότητα) και η νόσος καταλήγει σύντομα σε θάνατο.

Μεταξύ 2-5 ετών, παρατηρείται σπληνομεγαλία, καθυστέρηση του λόγου, αταξία (προβλήματα βάδισης, αδεξιότητα, πτώσεις), δυσφαγία, δυσαρθρία, καταπληξία, επιληπτικές κρίσεις, σπαστικότητα, πυραμιδικά σημεία, έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και άνοια, ενώ οι ασθενείς καταλήγουν σε ηλικία 7-12 ετών. Σε ηλικία 6-15 ετών, υπάρχει ήπια ηπατο/σπληνομεγαλία, ενώ προεξάρχον σημείο αποτελεί η κάθετη υπερπυρηνική παράλυση του βλέμματος. Παρατηρείται επίσης δυστονία, δυσπραξία, δυσφαγία, δυσαρθρία, καταπληξία ή ναρκοληψία που εκλύονται από το γέλιο, αταξία (συχνές πτώσεις, δυσκολία στο τρέξιμο), επιληπτικές κρίσεις (50%) και μαθησιακές δυσκολίες. Προσδόκιμο επιβίωσης είναι τα 30 έτη.

Σε εφήβους και ενήλικους πιθανόν να απουσιάζει κλινικά ανιχνεύσιμη σπληνομεγαλία. Στο 1/3 των περιπτώσεων, προηγούνται τα ψυχιατρικά

συμπτώματα, που μπορεί να είναι και μόνη εκδήλωση της νόσου για αρκετά χρόνια πριν την εμφάνιση νευρολογικών σημείων. Συνήθως εμφανίζεται εικόνα ψύχωσης (παρανοϊκό παραλήρημα, οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις). Παρατηρείται επίσης συχνά καταθλιπτική συνδρομή, διπολική διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, προβλήματα συμπεριφοράς, επιθετικότητα και κοινωνική απομόνωση. Γνωστικές δυσκολίες παρατηρούνται σε 61% των ασθενών. Συχνότερα νευρολογικά σημεία είναι η παρεγκεφαλιδική αταξία (76%), κάθετη οφθαλμοπληγία (75%), δυσαρθρία (63%), διαταραχές της κινητικότητας όπως δυστονία, χορεία και παρκινσονισμός (58%), δυσφαγία (37%).

Συμπερασματικά, λοιπόν, με το πέρασμα του χρόνου και χωρίς την ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση η νόσος εξελίσσεται και τα νευρολογικά συμπτώματά της επιδεινώνονται. [17]

2.5.3.2 Διάγνωση

Η NP-C, όπως και άλλες σπάνιες ασθένειες, συχνά δεν διαγιγνώσκεται ή υποδιαγιγνώσκεται, καθώς τα συμπτώματά της ποικίλουν και δεν είναι ειδικά. Η διάγνωσή της συνήθως καθυστερεί από πέντε έως και έξι έτη, γεγονός που μπορεί να έχει σημαντική επίπτωση τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους.

Η διάγνωση τίθεται εύκολα σε ασθενείς με τυπικά συμπτώματα, όπως σπληνομεγαλία, αταξία και κάθετη παράλυση του βλέμματος. Αντίθετα, σε περιπτώσεις όπου κυριαρχούν τα ψυχιατρικά ή και νευρολογικά συμπτώματα χωρίς σπλαχνικές εκδηλώσεις, η διάγνωση καθυστερεί ή δεν τίθεται ποτέ.

Οι παιδίατροι, παιδονευρολόγοι, νεογνολόγοι, νευρολόγοι, παιδοψυχίατροι και ψυχίατροι παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση των βασικών σημείων και συμπτωμάτων της νόσου και στην παραπομπή ασθενών υποψίας στα εξειδικευμένα κέντρα για διαγνωστικό έλεγχο. Η παρουσία υποτονίας, προοδευτικής αταξίας, γνωσιακής έκπτωσης, οργανικής ψύχωσης ή ηπατοσπληνομεγαλίας, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους, θα πρέπει να οδηγήσει τους γιατρούς να ελέγξουν για τυχόν διαταραχές στην κίνηση των οφθαλμών, καθώς αυτό μπορεί να υποδηλώνει ύπαρξη της NP-C.

Μια ομάδα διεθνών εμπειρογνομόνων στον τομέα της NP-C ανέπτυξε και δημοσίευσε στο επιστημονικό περιοδικό *Neurology* το Μάιο 2012 τον “Δείκτη

Υποψίας” ή “Διαγνωστικό Αλγόριθμο” για τη νόσο Niemann-Pick τύπου C (NP-C). Ο αλγόριθμος αυτός αναπτύχθηκε προκειμένου να βοηθήσει τους γιατρούς, που δεν είναι εξοικειωμένοι με την ασθένεια, να κατανοήσουν τα βασικά σημεία και συμπτώματα και να εξετάσουν την NP-C ως μία πιθανή διάγνωση.

Μέσω μιας αναδρομικής ανασκόπησης σε επτά κέντρα στην Ευρώπη και την Αυστραλία, αξιολογήθηκε η σημασία κάθε σημείου και συμπτώματος και του δόθηκε μια αριθμητική τιμή, ανάλογα με τη συσχέτιση του με θετική διάγνωση NP-C. Διαπιστώθηκε ότι εφόσον αποκλείονταν οι πιο κοινές ασθένειες, τα συμπτώματα, ο συνδυασμός τους και το οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς έδινε μία βαθμολογία πρόβλεψης του κινδύνου για NP-C, που θα μπορούσε να βοηθήσει στην ενημέρωση των αποφάσεων για παραπομπή.

Ο “Δείκτης Υποψίας” αποδίδει μια αριθμητική τιμή για καθένα από τα επιμέρους, κοινά για την ασθένεια, συμπτώματα. Προσθέτοντας τις τιμές για τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε ένα συγκεκριμένο ασθενή, οι γιατροί δημιουργούν μια συνολική βαθμολογία που δείχνει κατά πόσο ή όχι ο ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί σε έναν ειδικό κέντρο για περαιτέρω διερεύνηση της κατάστασης.

Πρόκειται για ένα απλό στη χρήση και διαδραστικό εργαλείο ελέγχου, που μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη αναγνώριση ασθενών με υψηλή υποψία της νόσου. [17]

2.5.3.3 Θεραπεία

Δεν υπάρχει οριστική θεραπεία για την ασθένεια και προς το παρόν η αντιμετώπιση είναι συμπτωματική.

Τον Ιανουάριο του 2009 εγκρίθηκε και ενδείκνυται πλέον φαρμακευτικά η ουσία μιγλουστάτη (miglustat), που φαίνεται ότι σταθεροποιεί την εξέλιξη της νόσου σε μεγάλο ποσοστό ασθενών. Σύμφωνα με τους ειδικούς, η θεραπεία με μιγλουστάτη βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής και καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου.

Η έγκαιρη διάγνωση, σε συνδυασμό με την εγκεκριμένη για τη νόσο θεραπευτική αγωγή μιγλουστάτη (miglustat), δίνουν ελπίδα ζωής στους ασθενείς της NP-C προσφέροντας σταθεροποίηση ή ακόμα και βελτίωση των συμπτωμάτων. [17]

2.5.4 Ακολουθία Pierre Robin

Το σύνδρομο Pierre Robin είναι μία κατάσταση που παρουσιάζεται κατά τη γέννηση και χαρακτηρίζεται από μία πολύ μικρή κάτω γνάθο (μικρογναθεία). Η γλώσσα τείνει να πέφτει πίσω και κάτω (γλωσσόπτωση) και υπάρχει μία μερικώς διαχωρισμένη οπίσθια υπερρώα.

Δεν είναι ιδιαίτερα συχνή ανωμαλία (συμβαίνει μία φορά στις 8500 – 14000 γεννήσεις) και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποτελεί μέρος άλλων συνδρόμων. Τα ιδιαίτερα αίτια του συνδρόμου Pierre Robin είναι άγνωστα. Θεωρείται, όμως, ότι μηχανικοί παράγοντες που περιορίζουν το έμβρυο μπορεί να ευθύνονται για το μικρό μέγεθος της κάτω γνάθου. [50]

Τα συμπτώματα της ακολουθίας Pierre Robin είναι κυρίως αναπνευστική δυσχέρεια ή και απόφραξη αλλά και δυσκολία στην σίτιση.

Οι Lidsky et al. μελέτησαν την επίδραση της άμεσης παρέμβασης για βρέφη με σύνδρομο Pierre Robin πραγματοποιώντας μια έρευνα σε 67 βρέφη, χωρισμένα σε δύο ομάδες : αυτή με απομονωμένο σύμπλεγμα Pierre Robin (iPRS) και αυτή με άλλες διαταραχές και σύνδρομα (sPRS). Οι ερευνητές απέδειξαν πως τα βρέφη στην ομάδα iPRS μπόρεσαν να ανταποκριθούν πιο γρήγορα στην στοματική σίτιση. Ενώ τα βρέφη στα οποία δεν παρενέβησαν άμεσα, χρειάστηκαν γαστροτομικούς σωλήνες και τα βρέφη στην ομάδα sPRS έτειναν στην χρησιμοποίηση σωλήνων ασχέτως χρόνου παρέμβασης.[18]

2.5.4.1 Διάγνωση - Θεραπεία

Μία σωματική εξέταση είναι συνήθως αρκετή για να μπορέσει ο γιατρός να διαγνώσει αυτή την κατάσταση. Μία επίσκεψη σε ένα ειδικό γενετικής μπορεί να αποκλείσει άλλα συνδεδεμένα προβλήματα και σύνδρομα.

Η όλη προσπάθεια αντιμετώπισης επικεντρώνεται στην υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας. Τα βρέφη πρέπει να τοποθετούνται μπρούμυτα, ώστε η γλώσσα να μπορεί να πέφτει μπροστά για να ελευθερώνεται η δίοδος του αέρα. Το τάισμα πρέπει να γίνεται πολύ προσεκτικά για να αποφευχθεί πνίξιμο και αναρρόφηση υγρών στη δίοδο του αέρα. Τα συμπτώματα τις περισσότερες φορές βελτιώνονται μέσα σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες. [25]

2.6 Άλλες διαταραχές

2.6.1 Χειλοσχιστία - Υπερωιοσχιστία

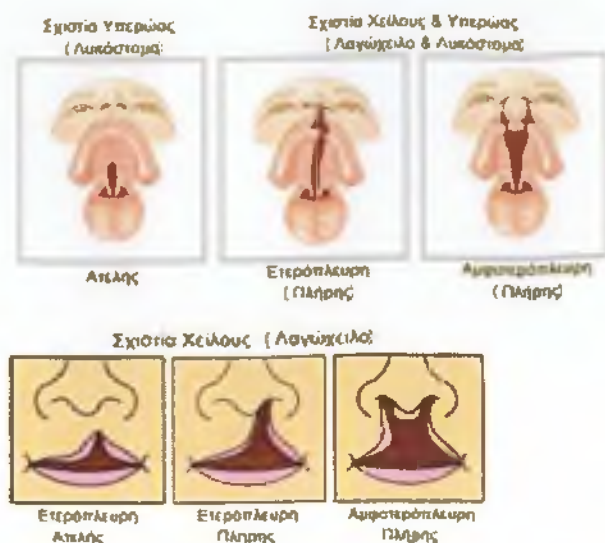
Είναι από τις συνηθέστερες γενετικές μορφολογικές ανωμαλίες, οφείλονται στην ατελή διαμόρφωση των μαλακών και σκληρών ιστών του στόματος κατά την ανάπτυξη του εμβρύου και χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια στην δομή ιστών στην περιοχή του μέσου του προσώπου. Εκτός από τις εμφανείς δυσμορφίες, προκαλούν και μια σειρά λειτουργικών προβλημάτων στην διατροφή, ομιλία, ακοή, αναπνοή κ.α. Περίπου ένα στα 600 παιδιά εμφανίζει κάποια μορφή σχιστίας, αποτελώντας την 4η συχνότερη μορφή γενετικών ανωμαλιών. Εμφανίζονται είτε ανεξάρτητα είτε και τα δύο μαζί. [50]

2.6.1.1 Κλινική εικόνα

Στις περισσότερες περιπτώσεις η χειλοσχιστία και η υπερωιοσχιστία προκαλούν αρκετά εμφανείς μορφολογικές αλλαγές, που είναι εύκολο να εντοπιστούν.

Μια σχιστία χείλους μπορεί να κυμαίνεται από ένα μικρό σχίσσιμο σαν εγκοπή στο κάτω άκρο του άνω χείλους (ατελής σχιστία) έως ένα μεγάλο χώρισμα που εκτείνεται μέχρι και μέσα στη μύτη (πλήρης σχιστία). Η σχιστία υπερώας μπορεί να είναι ένα μικρό σκίσιμο στο άκρο της μαλακής υπερώας (ουρανίσκου) μέχρι ένα ευρύ χώρισμα που μπορεί να εκτείνεται και να επηρεάζει την άνω γνάθο, την σκληρή και μαλακή υπερώα, και την σταφυλή.

Αρκετές σχιστίες είναι εμφανείς μετά την 14η-16η εβδομάδα της κύησης και εντοπίζονται πριν από την γέννηση στο υπεηχογράφημα κατά τους τακτικούς ελέγχους του εμβρύου. Μετά την γέννηση, οι σχιστίες εντοπίζονται εύκολα κατά τον μακροσκοπικό έλεγχο του στόματος. Όπως είναι φυσικό η σχιστία χείλους είναι πολύ πιο εμφανές από την σχιστία υπερώας. [46]



Εικόνα 7 : Παραδείγματα σχιστιών
<http://www.dontia.stoma.gr/path/mouth/lykostoma-lagoxeilo-01.htm>

2.6.1.2 Διάγνωση – Θεραπεία

Η διάγνωση είναι σχετικά δύσκολη μόνο σε ορισμένες σχιστίες υπερώας που εντοπίζονται μόνο στην μαλακή υπερώα στο πίσω μέρος του στόματος. Μερικές φορές μάλιστα η σχιστία εντοπίζεται στους μύες της μαλακής υπερώας καλυπτόμενη από ένα συνεχές στρώμα βλεννογόνου και δεν είναι ορατή. Οι σχιστίες αυτού του τύπου γίνονται αντιληπτές με την έναρξη της ομιλίας λόγω των προβλημάτων που προκαλούν.

Η θεραπεία των σχιστιών ξεκινά τους πρώτους μήνες της ζωής του εμβρύου και μπορεί να διαρκέσει μέχρι την εφηβεία, απαιτώντας ορισμένες φορές πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες θεραπείες. [46]

2.6.2 Εγγενείς καρδιακές διαταραχές

Ένα άλλο ποσοστό βρεφών που βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση δυσφαγίας είναι τα βρέφη με εγγενείς καρδιακές διαταραχές, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε περισσότερα από 2000 παιδιά από τους Sachdeva et al. Στο συμπέρασμα αυτό βασίστηκαν και οι Davis et al., οι οποίοι ασχολήθηκαν με μια σειρά θεμάτων σχετικών με τις δυσκολίες σίτισης και κατάποσης σε παιδιά που

γεννήθηκαν με καρδιακές διαταραχές και εστίασαν σε δύο ομάδες βρεφών : την ομάδα με βρέφη που έπασχαν από σύνδρομο υποπλαστικής αριστεράς καρδιάς και αυτή με βρέφη στα οποία παρατηρήθηκε αντιμετάθεση αρτηριών. [15]

Τα παιδιά με εγγενείς καρδιακές παθήσεις γεννιούνται με μία ή περισσότερες δυσπλασίες στην καρδιά. Περίπου 1 παιδί στα 140 γεννιέται με κάποια καρδιακή ατέλεια. Τα περισσότερα γίνονται καλύτερα χωρίς θεραπεία, αλλά για κάποια χρειάζεται να γίνει θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση.

2.6.3 Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα παρατηρείται όταν υπάρχει υψηλό ποσοστό συγκέντρωσης ηωσινόφιλων (λευκών, δηλαδή, αιμοσφαιρίων που ρυθμίζουν την φλεγμονή και διαδραματίζουν βασικό ρόλο στις αλλεργικές αντιδράσεις) του αίματος στον οισοφάγο. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη, αλλά θεωρείται ότι προκαλείται από αλλεργίες σε τρόφιμα. Προσβάλλει όλες τις ηλικίες και κυρίως άνδρες, ενώ παρατηρείται αύξηση ασθενών με ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα την τελευταία δεκαετία. [50]

2.6.3.1 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα διαφέρει ανάλογα με την ηλικία και δεν υπάρχει κάποιο ειδικό σύμπτωμα κάνοντας έτσι την διάγνωση δυσχερέστερη.

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα παρατηρείται στα παιδιά, συνήθως, σε συνδυασμό με άσθμα, έκζεμα και αλλεργίες είτε στα τρόφιμα είτε στο περιβάλλον. Οι Penttinen et al. περιέγραψαν την κλινική εικόνα και τα συμπτώματα σε βρέφη, παιδιά και νήπια και συμπεριέλαβαν σε αυτά και την άρνηση φαγητού, στοματικά αποστροφή, εμετούς και αδυναμία αύξησης βάρους. [35]

2.6.3.2 Διάγνωση – Θεραπεία

Η διάγνωση θα στηριχτεί στον συνδυασμό των κλινικών εκδηλώσεων και των ενδοσκοπικών και παθολογοανατομικών ευρημάτων που είναι χαρακτηριστικά

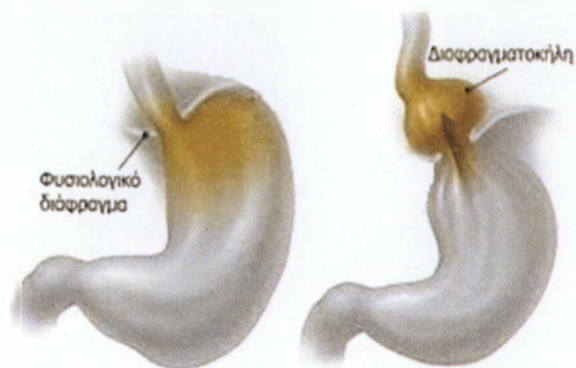
αλλά όχι παθογνωμικά για την νόσο. Ο γαστρεντερολόγος αφού λάβει ιστορικό και εξετάσει κλινικά τον ασθενή, θα συστήσει γαστροσκόπηση.

Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει αλλαγές στη διατροφή και χορήγηση φαρμάκων. Η δυσφαγία μπορεί να βελτιωθεί αποφεύγοντας τρόφιμα που περιέχουν πολλές ίνες (πχ κρέας), κόβοντας τα τρόφιμα σε μικρότερα κομμάτια, μασώντας πολύ καλά τα φαγητά και πίνοντας υγρά μαζί με το γεύμα ώστε να προωθούν τους βλωμούς. [35]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Μελέτες Περίπτωσης

Οι παρακάτω μελέτες περίπτωσης καταγραφήθηκαν καθ' όλη την διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης στο νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία. Σε κάποιες από αυτές υπήρχε λογοθεραπευτική παρέμβαση και θεραπευτικό πλάνο ,ενώ σε κάποιες άλλες απλή κλινική παρατήρηση και καταγραφή του περιστατικού.

Η Ε.Κ είναι ένα ήρεμο και δεκτικό παιδί 4 μηνών. Πάσχει από διαφραγματοκήλη. Διαφραγματοκήλη καλείται η χαλαρότητα ή η ανατομική ανωμαλία κατά την οποία το άνοιγμα (τρήμα) του διαφράγματος, δια μέσω του οποίου ο οισοφάγος περνάει από τον θώρακα στην κοιλιά και ενώνεται με τον στόμαχο, διευρύνεται. Κατά την ασθένεια, παρακωλύεται η ομαλή πέψη και γίνεται παλινδρόμηση υγρών από το στομάχι στον οισοφάγο. Επίσης, φούσκωμα, κάψιμο, λόξιγκας, θωρακικά ενοχλήματα, ξινίλα, δύσπνοια ενδέχεται να εμφανιστούν. Σιτίζεται στάγδην, το διάλυμα χορηγείται 4 έως 6 φορές την ημέρα μέσω μιας μεγάλης σύριγγας που εφαρμόζεται στον σωλήνα σίτισης (ρινο- γαστρικός σωλήνας), ο οποίος καταλήγει στο στομάχι. Αυτό, όμως, της δημιούργησε απέχθεια για την σίτιση με μπιμπερό και άρχισε να το φοβάται. Επιπλέον, δεν έχει αναπτύξει θηλαστική κίνηση, διότι δεν έγινε ούτε μητρικός θηλασμός ούτε έμαθε να χρησιμοποιεί μπιμπερό. Νιώθει ότι η ανάγκη της για σίτιση καλύπτεται μόνο από το στάγδην. Για αυτό, συνίσταται στους γονείς να κάνουν χρήση στάγδην αλλά παράλληλα να πάρουν μπιμπερό χαμηλής ροής, να βάζουν 20 ml και να την ταΐζουν ανά 6 ώρες με μπιμπερό ώστε να μάθει θηλαστική κίνηση αλλά και να εξαλειφθεί ο φόβος για αυτόν τον τρόπο σίτισης.



Εικόνα 8 : Απεικόνιση φυσιολογικού διαφράγματος – διαφραγματοκήλης

Πηγή : <http://www.healthpress.gr/diseases>

Η **Μ.Α** είναι ένα παιδί 5,5 μηνών. Είναι ένα πρόσχαρο παιδί. Της έχουν τοποθετήσει γαστροστομία εδώ και 27 εβδομάδες τώρα. Το πρόβλημα ήταν οι εκκρίσεις υγρών, που προκαλούσαν εισρόφηση, και η έντονη σιελόρροια. Δεν είναι μόνιμα διασωληνωμένη. Σιτίζεται μόνο με το ρινογαστρικό σωλήνα, διότι γίνεται εισρόφηση υγρών αλλά και λόγω της υπερβολικά μικρής μαλακής υπερώας όπου δεν γίνεται σωστή σύγκλιση του λάρυγγα.

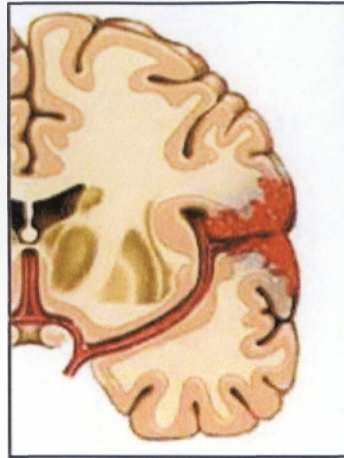


Εικόνα 9 : Ρινογαστρικός σωλήνας

Ο **Μ.Π** είναι ένα παιδί 18 μηνών. Πάσχει από σύνδρομο Cantu. Το σύνδρομο αυτό είναι μια σπάνια περίπτωση, που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανάπτυξη τριχών, χαρακτηριστική εμφάνιση προσώπου, καρδιακές διαταραχές και ένα σύνολο άλλων ανωμαλιών. Λόγω του μεγάλου στόματος με τα πολύ φουσκωτά χείλη που εμφανίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις, παρατηρούνται προβλήματα σίτισης, μάσησης και κατάποσης. Τα χαρακτηριστικά στοιχεία που παρατηρήθηκαν από την επαφή με το παιδί ήταν η υπερτριχοφυία, υπερβολικά μεγάλα και μακριά άκρα και μεγάλη γλώσσα. Οι γιατροί ισχυρίστηκαν ότι είχε μεγάλη καρδιά. Μπορεί να έχει εναλλαγές στην συμπεριφορά, άλλοτε να είναι ένα ήσυχο παιδί και άλλοτε βίαιο, ενώ παρατηρήθηκε και κάποιου είδους τικ στο δεξί του μάτι. Αυτό το παιδί παρουσίασε πρόβλημα στην σίτιση. Λόγω της ανωμαλίας των αρθρωτών και

κυρίως της μακριάς γλώσσας κάνει έντονη σιελόρροια και δυσκολεύεται να σιτιστεί ακόμα και τα αλεσμένα. Δεν υπήρχε παρέμβαση αλλά κλινική παρατήρηση του παιδιού.

Ο Ι.Ε είναι ένα συνεργάσιμο παιδί 9 ετών. Το παιδί νοσηλευόταν γιατί είχε υποστεί αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε). Σε αυτό το παιδί υπήρχε θεραπευτική παρέμβαση για 15 μέρες μετά το χειρουργείο αφού είχε αποκλειστεί κάθε κίνδυνος. Σε πρώτη επαφή με το παιδί, κατά την κλινική παρατήρηση, παρατηρηθήκαν τα εξής χαρακτηριστικά στην εξωτερική εμφάνιση : α) πτώση του κάτω χείλους, β) αδυναμία των μυών της γλώσσας γ) αδυναμία των άκρων στην αριστερή πλευρά. Το αποτέλεσμα ήταν να παρουσιάζει προβλήματα στην μάσηση και κατά συνέπεια είχε δυσκολίες στην σίτιση και στην κατάποση. Κατά την διάρκεια της 15-ημερης θεραπείας εφαρμοστήκαν όχι μόνο στοματοπροσωπικές ασκήσεις αλλά και ασκήσεις για την ενίσχυση της μνήμης με κατηγοριοποιήσεις και ενίσχυση λεξιλογίου με την επίδειξη εικόνων. Οι στοματοπροσωπικές ασκήσεις έγιναν με χρήση γλωσσοπίεστρου. Το παιδί έπρεπε να κάνει κάποιες ασκήσεις ενδυνάμωσης και βελτίωσης εύρους αλλά και ασκήσεις αντίστασης. Προσπαθούσε, δηλαδή, να κουνήσει την γλώσσα του πάνω – κάτω, δεξιά - αριστερά, να την κουνήσει κυκλικά αλλά και να σπρώξει με την γλώσσα το γλωσσοπίεστρο. Τέλος, έπρεπε να φουσκώσει τις παρειές αλλά και να κάνει την κίνηση φιλί-χαμόγελο. Έπρεπε, επίσης, να “περάσει” και την δοκιμασία της διαδοχοκίνησης πα-τα-κα, όπου αρχικά δυσκολεύτηκε αλλά σιγά σιγά γινόταν όλο και καλύτερος. Στην ανάκληση λέξεων στις κατηγορίες δεν παρουσίασε ιδιαίτερη δυσκολία αλλά ούτε και στην επίδειξη εικόνων και στην κατονομασία τους. Μέρα με την μέρα βελτιωνόταν ώσπου πήρε εξιτήριο μέσα σε 15 μέρες, αφού ενδυνάμωσε μυϊκά στο πρόσωπο αλλά και σωματικά και περπάτησε κανονικά.



Εικόνα 10 : Αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο : παρατηρείται αιμορραγία στο εσωτερικό ή γύρω από τον εγκεφαλικό ιστό
Πηγή : <http://www.neurocenter.gr/A-Z.html>

Ο **I.E.** είναι ένα 1 μηνός και 7 εβδομάδων παιδί και πάσχει από αναπνευστική δυσχέρεια (κυάνωση). Λόγω αυτής της δυσχέρειας, που οφείλεται σε ανωριμότητα των πνευμόνων, με αποτέλεσμα την αύξηση των αντιστάσεων στη ροή, την παγίδευση αέρα, την υπερέκπτυξη των πνευμόνων και τη συνακόλουθη μείωση της ενδοτικότητας του πνευμονικού παρεγχύματος, ή από τη διάχυτη φλεγμονώδη διήθηση του διάμεσου ιστού και των κυψελίδων, με αποτέλεσμα πάλι τη μειωμένη ενδοτικότητα των πνευμόνων, παρατηρήθηκε εισρόφιση υγρών. Πάσχει, επίσης, από βαριά γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Πίνει υποαλλεργικό γάλα, με τη βοήθεια ρινογαστρικού σωλήνα, διότι έχει δυσκολία στην σίτιση λόγω των παραπάνω. Δεν υπήρχε θεραπευτική παρέμβαση απλά κλινική παρατήρηση. Ωστόσο, θα μπορούσε να γίνει τροποποίηση της διαίτας του βρέφους προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

Ο **B.B** είναι ένα παιδί 10 ετών και έχει υποστεί κάκωση φωνητικής χορδής. Κλινικά ο ασθενής παρουσιάζει διαφόρου βαθμού βράγχος φωνής (βραχνάδα στην φωνή δηλαδή) με αναπνευστικό χαρακτήρα, μικροεισροφήσεις και εύκολη κόπωση της φωνής.. Σε κάθε περίπτωση η συμβολή της λογοθεραπείας είναι πολύτιμη. Δεν υπήρξε παρεμβαση αλλά απλη παρακολουθηση. Καθώς ήταν σε πρώιμο στάδιο, θα μπορούσε να εφαρμοστεί φωνοθεραπεία σε συνδυασμό με χρησιμοποίηση ασκήσεων χαλάρωσης του λάρυγγα.

Ο Γ.Κ είναι ένα παιδί 13 ετών . Ο Γ.Κ στις 6-6-14 υπέστη ατύχημα σε αποθήκη με ανατίναξη υγραερίου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υποστεί πολύ σοβαρά εγκαύματα, να παραμείνει σε κατάσταση σοκ και να αντιδρά σε ελάχιστα ερεθίσματα. Το παιδί ήταν κλινήρης με το βλέμμα του στραμμένο στο κενό, δεν γινόταν κίνηση οφθαλμών παρά μόνο κίνηση στόματος, το οποίο ανοιγόκλεινε και κινούσε την γλώσσα εντός και εκτός. Παρουσίασε διαταραχή στην σίτιση του. Αρχικά, σιτιζόταν με ρινογαστρικό σωλήνα και έπινε μόνο γάλα και νερό. Με τον καιρό παρουσίασε πρόοδο και άρχισε να τρώει αλεσμένα φαγητά σε μικρές ποσότητες. Λόγω της μυϊκής ενδυνάμωσης πέρασε δοκιμαστικά σε στερεά μαλακή τροφή. Του δόθηκαν γαριδάκια μέσα σε γάζα, κάτι που του άρεσε και κατάφερε να το δαγκώσει και να το καταπιεί. Άρχισε να κουνάει και την κάτω γνάθο. Σιγά σιγά άρχισε να λέει “ναι” και να παίρνει εκφράσεις προσώπου, όπως γέλιο και κλάμα, διότι άρχισε να θυμάται. Το βλέμμα παρέμενε σταθερό, δεν έκανε καμία επαφή με το βλέμμα. Σε αυτή την περίπτωση, εφαρμόστηκε θεραπεία 2 μηνών μαζί με τον επόπτη λογοθεραπευτή.

Η Ι.Κ είναι ένα βρέφος 6 μηνών. Σιτίζεται με ρινογαστρικό σωλήνα και παρουσιάζει δυσκολία στην σίτιση, διότι δεν κάνει θηλαστική κίνηση αλλά και επειδή δεν της αρέσει η σίτιση με μπιμπερό. Ωστόσο πάσχει και από σύνδρομο Rett. Το σύνδρομο αυτό είναι μια περίπλοκη γενετική διαταραχή, φυλοσχετιζόμενη με τα θήλεα. Οφείλεται σε μεταβολή του χρωμοσώματος Xq28. Στις περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζεται βαριά νοητική στέρηση και πρόβλημα στην κίνηση. Λόγω της σίτισης της με ρινογαστρικό σωλήνα υπήρχε λογοθεραπευτική παρέμβαση και η σίτιση πραγματοποιούταν με κλίση της κεφαλής προς τα κάτω και μπιμπερό μικρής ροής που είναι ειδικό για νεογνά. Δυσκολευόταν αλλά κατάφερε να κάνει κατάποση 2 φορές. Απλή κλινική παρατήρηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αρχιμανδρίτης Αθανάσιος, ΝΟΣΟΣ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ : Παθοφυσιολογική προσέγγιση (<http://www.megamed.gr/wp-content/uploads/634424540680472350.pdf>)
2. Βιρβιδάκη Ε., Η κατάποση με την ηλικία, Πανεπιστημιακές σημειώσεις, 2011
3. Μεσσήνης Λ., Αντωνιάδης Γ., Διαταραχές κατάποσης – δυσφαγία, Έλλην, Αθήνα, 2001
4. Μαλακά – Ζαφειρίου Κ., Θεραπεία των μικροβιακών λοιμώξεων στα παιδιά, εκδόσεις ARIS, 1991, Θεσσαλονίκη.
5. Σιαφάκας Κωνσταντίνος Γ., Διαταραχές συμπεριφοράς στη σίτιση βρεφών και παιδιών, 10ο Συμπόσιο Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Αθήνα, 2010
6. Σδράβου Κατερίνα, Ο Ρόλος του Λογοθεραπευτή στην Εκτίμηση και Αντιμετώπιση των Διαταραχών Σίτισης, 10ο Συμπόσιο Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Αθήνα, 2010
7. Bigenzahn W., Denk D., Στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες, Αιτιολογία, Κλινική εικόνα και θεραπεία διαταραχών κατάποσης, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007
8. Shattock Paul, Savery Dawn, Ο αυτισμός σαν μεταβολική διαταραχή, Ε.Ε.Π.Α.Α, 2013
9. Arvedson JC, Brodsky L., Pediatric swallowing and feeding assessment and management, 2nd ed. Albany, New York: Singular, 2002
10. Berseth CL., Gastrointestinal motility in the neonates., Clin Perinatol, 1996
11. Craig CM, LeeDN, Freer YN, Laing IA. Modulations in breathing patterns during intermittent feeding in term infants and preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. Dev Med Child Neurol, 1999
12. Cooper-Brown L, Copeland S, Dailey S, et al., Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. Dev Disabilities Res Rev, 2008
13. Dahl M, Sundelin C., Feeding problems in an affluent society: follow-up at four years of age in children with early refusal to eat., Acta Paediatr Scand, 1992
14. David K. Menon, Karen Schwab, David W. Wright, Andrew I. Maas, Psotion Statement : definition of traumatic brain injury, Archives of physical medicine and rehabilitation, 2010

15. Davis D, Davis S, Cotman K, et al., Feeding difficulties and growth delay in children with hypoplastic left heart syndrome versus d-Transposition of the great arteries., *Pediatr Cardiol*, 2008
16. Dobbelsteyn C, Peacocke S, Blake K, et al., Feeding difficulties in children with CHARGE Syndrome: prevalence, risk factors, and prognosis. *Dysphagia*, 2008
17. Genetics Home Reference, "Neimann-Pick Disease", NIH. January 2008, Retrieved 2 October 2012.
18. Gremse DA, Lytle JM, Sacks AI, Balistreri WF., Characterization of failure to imbibe in infants, *Clin Pediatr*, 1998
19. Gropman AL, Barkovich AJ, Vezina LG, et al, Pediatric congenital bilateral perisylvian syndrome: Clinical and MRI features in 12 patients. *Neuropediatrics*, 1997
20. Hill, A. S, The Effects of Nonnutritive Sucking and Oral Support on the Feeding Efficiency of Preterm Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 5, 2005
21. Honein MA, Paulozzi LJ, Himelright IM, Lee B, Cragan JD, Patterson L, et al. Infantile hypertrophic pyloric stenosis after pertussis prophylaxis with erythromycin: A case review and cohort study, *Lancet*, 1999
22. Illingworth, RS: Sucking and swallowing difficulties in infancy: Diagnostic problem of dysphagia., *Arch Dis Child*, 1969
23. Levy Y, Levy A, Zangen T, et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic versus organic causes of food refusal and poor feeding., *JPGN* 2009
24. Lichtman SN, Maynor A, Rhoads JM. Failure to imbibe in otherwise normal infants., *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2000
25. Lidsky M, Lander T, Sidman J., Resolving feeding difficulties with early airway intervention in Pierre Robin Sequence., *Laryngoscope*, 2008
26. Loughlin GM, Lefton-Greif MA, Dysfunctional swallowing and respiratory disease in children. *Adv Pediatr*, 1994
27. Lukens C, Linscheid TR., Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism., *J Autism Dev Disord*, 2008
28. Matson JL., Current status of differential diagnosis for children with autism spectrum disorders., *Res Dev Disabilit* 2007
29. Messina S, Pane M, DeRose P, et al., Feeding problems and malnutrition in spinal muscular atrophy type II., *Neuromusc Disord* ,2008

30. Miller, C. K, Updates on pediatric feeding and swallowing problems. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 2009
31. Mirrett PL, Riski JE, Glascott J, Johnson V. Dysphagia, Protocol for the use of videofluoroscopy in pediatric swallowing dysfunction, 1994
32. Omari T, Snell A, Barnett C, Davidson G, Haslam R, Dent J. Measurement of upper esophageal sphincter tone and relaxation during swallowing in premature infants., *Am J Physiol*, 1999
33. Per Ivan Kaarensen: A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years, 2007
34. Prasse, J. E. & Kikano, G. E, An Overview of Pediatric Dysphagia. *Clinical Pediatrics*, 48 (3), 2009
35. Pentiuk S, Miller CK, Kaul A., Eosinophilic esophagitis in infants and toddlers., *Dysphagia*, 2007
36. Reilly S, Skuse D., Characteristics and management of feeding problems of young children with cerebral palsy., *Dev Med Child Neurol*, 1992
37. Rogers Brian, FEEDING METHOD AND HEALTH OUTCOMES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY, *The journal of pediatrics*, August 2004
38. Rudolph CD, Link DT., Feeding disorders in infants and children, *Pediatr Clin North*, 2002
39. Suskind D, Thompson D, Gulati M, et al., Improved infant swallowing after gastroesophageal disease treatment : a function of improved laryngeal sensation? *Laryngoscope*, 2006;
40. Timms BJ, Difiore JM, Martin BJ, Miller MJ. Increased respiratory drive as an inhibitor of oral feeding of preterm infants., *J Pediatr*, 1993
41. Vanderhoof JA, Langnas AN, "Short-bowel syndrome in children and adults". *Gastroenterology*, 1997
42. Dr. Wolfgang Gobiet, "Craniocerebral", London, 2000
43. Zerilli KS, Stefans VA, DiPietro MA., Comparison of clinical and videofluoroscopic evaluation of children with feeding and swallowing difficulties, *Am J Occup Ther* 1990
44. http://www.asha.org/public/speech/swallowing/Feeding-and-Swallowing-Disorders-in-Children/#what_causes
45. <http://www.bripardun.com/npc.html>

46. <http://www.dontiastoma.gr/path/mouth/lykostoma-lagoxeilo-01.htmn>
47. www.iatronet.gr
48. <http://www.medwob.com/el/1029.html>
49. <http://www.noesi.gr/book/syndrome>
50. <http://en.wikipedia.org>
51. <http://www.vsc-athens.gr/yphresies-gr/kataposh-gr/dusfagia-enilikon/antimetopisi-dysfageias.html>