

Vaikų maitinimo sutrikimai: diagnostika ir gydymo metodai

Metodikos patvirtinimo data:

Dokumentui pritarė:

El. nuoroda į dokumentą:

Turinys

1. Dokumento apibendrinimas	4
Santrumpos, sąvokos ir reikšminiai žodžiai.....	5
2. Įvadas	6
2.1. Valgymas ir maitinimas	6
2.2. Maitinimo sutrikimai.....	7
2.3. Disfagija	7
2.4. Maitinimo sutrikimų klasifikacija	8
2.5. Maitinimo sutrikimų paplitimas	8
2.6. Maitinimo sutrikimų priežastys.....	8
3. Diagnostika	9
3.1. Maitinimo sutrikimų diagnostiniai kriterijai	9
3.2. Disfagijos diagnostiniai kriterijai	10
3.3. Maitinimo sutrikimų rizikos vertinimas.....	10
3.4. Maitinimo sutrikimų ir disfagijos diagnostika	12
3.4.1. Bendrosios nuostatos	12
3.4.2. Klinikinis vaikų maitinimo sutrikimų vertinimas.....	13
3.4.3. Rijimo (disfagijos) vertinimas	16
4. Maitinimo sutrikimų ir disfagijos gydymas	20
4.1. Bendrosios nuostatos.....	20
4.2. Maitinimas per burną	21
4.3. Maitinimo sutrikimų gydymo metodai.....	22
4.4. Maitinimo rutina.....	22
4.5. Maitinimo aplinka	23
4.6. Bendravimas ir elgesys maitinimo metu	23
4.7. Maitinimo padėties parinkimas	25
4.8. Valgymo įgūdžių lavinimas	26
4.9. Sensorinė integracija ir sensomotorinės intervencijos	27
4.10. Rijimo palengvinimo metodai	31
4.11. Trumpo liežuvio pasaitėlio (ankiloglosija) gydymas	34
4.12. Maitinimo krūtimi pradžia.....	34
4.13. Maitinimo iš buteliuko pradžia.....	35
4.14. Maitinimo kietu maistu pradžia.....	37

4.15.	Enterinė (nazogastrinė arba gastrostominė) mityba	37
4.16.	Perėjimas nuo enterinio (nazogastrinio arba gastrostominio) prie oralinio maitinimo 38	
5.	Metodinio dokumento diegimo ir auditavimo aprašas.....	40
5.1.	Metodinio dokumento diegimo aprašas	40
5.2.	Metodinio dokumento auditavimo aprašas	42
6.	Literatūros aprašymas	43
7.	Literatūros sąrašas.....	43
8.	Informacija visuomenei ir pacientams	45
9.	Priedai	51
1 priedas.	Paciento kelias įtarus vaiko maitinimo sutrikimą.....	51
2 priedas.	Vaikų maitinimo sutrikimų vertinimo forma	52
3 priedas.	Vaikų maitinimo sutrikimų klinikinio vertinimo forma.....	54
4 priedas.	Rijimo saugumo ištyrimo ir gydymo taktikos algoritmas	57
5 priedas.	Vaikų maitinimo ir rijimo vertinimo skalės	58

1. Dokumento apibendrinimas

Šio metodinio dokumento tikslas: (1) suteikti gydytojams ir specialistams žinių apie vaikų maitinimo sutrikimų (VMS) vertinimą ir gydymą; (2) pateikti gaires / algoritmus, kuriuos asmens sveikatos priežiūros (ASP) įstaigos galėtų naudoti organizuojant ir teikiant ASP paslaugas maitinimo sutrikimų turintiems vaikams.

Jame pateikiamos mokslo įrodymais ir (arba) kitų išsivysčiusių šalių ekspertų susitarimu ir nacionalinėmis rekomendacijomis pagrįstos rekomendacijos dėl:

- VMS ir disfagijos rizikos vertinimo;
- VMS ir disfagijos kriterijų;
- klinikinio VMS vertinimo;
- klinikinio disfagijos vertinimo
- instrumentinių disfagijos tyrimų;
- VMS ir disfagijos gydymo strategijų parinkimo ir taikymo.

Metodika skirta Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (VRSAR) komandų nariams, visų specialybių gydytojams ir slaugytojoms, kurie dalyvauja teikiant ASP paslaugas vaikams, turintiems VMS ir (arba) disfagiją. Rekomenduojame, kad ASP specialistai priimdami sprendimus dėl VMS ir disfagijos diagnostikos vadovautųsi šiuo metodiniu dokumentu visa apimtimi. Sprendimus dėl VMS valdymo strategijų rekomenduojame priimti atsižvelgiant į individualius paciento ir jo šeimos poreikius.

Metodinis dokumentas parengtas vadovaujantis moksliniais įrodymais ir kitose šalyse parengtomis metodinėmis rekomendacijomis:

- Kanados Vaikų maitinimo sutrikimų diagnostikos ir valdymo gairėmis (*angl. Pediatric Feeding Disorder (PFD) – A Clinical Practice Guide for Healthcare Professionals*), 2020 m. versija;
- JAV tarptautiniu klinikiu kūdikių ir vaikų maitinimo ir maitinimo padėčių pritaikymo vadovu (*angl. Holt International 's Feeding and Positioning Manual: Guidelines for working with babies and children*), 2019 m. versija;
- Australijos Vaikų maitinimo sutrikimų diagnostikos ir valdymo gairėmis (*angl. Feeding Difficulties in Children – A Guide for Allied Health Professionals*), 2021 m. versija.

Metodikos taikymo sritys: vaiko valgymo gebėjimų vertinimas, klinikiniai ir instrumentiniai VMS diagnostikos metodai, VMS ir disfagijos diagnostiniai kriterijai, gydymo principai. Metodikos įgyvendinimą koordinuoja Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos. Rengiant metodiką atsižvelgta į šiuos dokumentus:

- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (nauja redakcija nuo 2015 m. kovo 23 d. Nr. V-383).
- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, parašymo ir teikimo reikalavimų“ (nauja redakcija nuo 2018 m. vasario 8 d. Nr. V-150).

- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2018 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-325 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 153:2018 „Gydytojas vaikų neurologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. 184 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 124:2016 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. 544 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 125:2016 „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. 627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.

Metodikos rengėjai:

- Dr. Indrė Bakanienė, Vaikų reabilitacijos klinika, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, vaikų neurologė
- Asta Kilienė, Vaikų reabilitacijos klinika, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, logoterapeutė

Santrumpos, sąvokos ir reikšminiai žodžiai

Santrumpos

AOTA	Amerikos ergoterapeutų asociacija (<i>angl. American Occupational Therapy Association</i>)
ASHA	Amerikos kalbos, kalbėjimo ir klausos asociacija (<i>angl. American Speech-Language and Hearing Association</i>)
ASP	Asmens sveikatos priežiūra
ASS	Autizmo spektro sutrikimas
CP	Cerebrinis paralyžius
FEES	Fibrooptinis endoskopinis rijimo tyrimas (<i>angl. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing</i>)
FEEST	Fibrooptinis endoskopinis rijimo tyrimas su jutimų testavimu (<i>angl. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing</i>).
GERL	Gastroezofaginis reflukso liga
ICFQ	Kūdikių ir vaikų maitinimosi klausimynas (<i>angl. Infant and Child Feeding Questionnaire</i>)
IDDSI	Tarptautinė disfagijos dietos standartizavimo iniciatyva (<i>angl. International Dysphagia Diet Standardization Initiative</i>)
PEDI-EAT-10	Vaikiška valgymo vertinimo priemonės versija (<i>angl. The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool</i>).
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
TFK	Tarptautinė funkcionavimo klasifikacija
VFSS	Videofluoroskopinis rijimo tyrimas (<i>angl. Videofluoroscopic Swallowing Study</i>)

VMS	Vaikų maitinimo sutrikimas
VRSAR	Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji rehabilitacija

Sąvokos ir apibrėžimai

Įrodymų A lygmuo – duomenys, pagrįsti dviem arba daugiau atsitiktinių imčių klinikiniais tyrimais.

Įrodymų B lygmuo – duomenys, pagrįsti vienu atsitiktinių imčių klinikiniu tyrimu arba neatsitiktinių imčių tyrimu / -ais.

Įrodymų C lygmuo – ekspertų sutarimas ir (arba) nedideli tyrimai.

Rekomendacijų I klasė – įrodymais pagrįsta ir (arba) bendru ekspertų sutarimu priimta, kad procedūra / gydymas yra naudingas ir veiksmingas

Rekomendacijų II klasė – įrodymai ir (arba) nuomonės apie procedūros / gydymo naudą / veiksmingumą prieštaringi

Rekomendacijų II a klasė – daugiau įrodymų / nuomonių, kad procedūra / gydymas yra naudingas / veiksmingas.

Rekomendacijų II b klasė – daugiau įrodymų / nuomonių, kad procedūra / gydymas yra nenaudingas / neveiksmingas.

Rekomendacijų III klasė – įrodymais pagrįsta ir / ar bendru ekspertų sutarimu priimta, kad gydymas nenaudingas / neveiksmingas ir tam tikrais atvejais gali būti žalingas.

Reikšminiai žodžiai: Vaikų maitinimosi sutrikimai, Disfagija, Aspiracija

2. Įvadas

2.1. Valgymas ir maitinimas

Valgymo terminu įvardijamas gebėjimas išlaikyti maistą ir (arba) skystį burnoje, juo manipuluoti ir nuryti (1).

Maitinimas gali būti apibrėžiamas dviem aspektais: kaip vaiko veikla ir kaip anatominis-fiziologinis procesas. Maitinimo veiklą Amerikos ergoterapeutų asociacija (*angl. American Occupational Therapy Association, AOTA*) apibrėžia kaip maisto ruošimą, serviravimą ir dėjimą į burną savarankiškai arba su pagalba. Amerikos kalbos, kalbėjimo ir klausos asociacija (*angl. American Speech-Language and Hearing Association*) akcentuoja anatominius-fiziologinius maitinimo aspektus, o maitinimą apibrėžia kaip procesą, apimantį „visus valgymo ar (arba) gėrimo etapus, įskaitant maisto arba skysčio paruošimą prieš jam patenkant į burną, čiulpimą, kramtymą ir rijimą“ (2). Sėkmingam mažo vaiko maitinimuisi labai svarbūs jo ir jį prižiūrinčių asmenų tarpusavio santykiai bei pozityvus bendravimas (2,3).

Rijimo terminu įvardijamas kompleksinis procesas, kurio metu seilės, skysčiai ir maistas saugiai (nepatekdami į kvėpavimo takus) nustumiami iš burnos į skrandį. Išskiriamos keturios rijimo fazės:

- Oralinė paruošimo fazė – jos metu maistas arba skysčiai patenka į burną, suformuojami į tinkamą nuryti maisto gumulą. Gumulas formuojamas atliekant valingus (sąmoningus) veiksmus: čiulpiant (iki 5–6 mėnesių čiulpimas yra refleksinis, o vėliau – sąmoningas), kramtant, maišant maistą su seilėmis, sustumiant į gumulą.
- Oralinė transportavimo fazė – suformuotas gumulas liežuvio judesiais nustumiamas iki ryklės. Šis procesas valdomas sąmoningai. Maistui pasiekus ryklę įsijungia refleksiniai rijimo mechanizmai.
- Ryklinė fazė – maistas nuryjamas (patenka į ryklę), stumiamas rykle žemyn ir patenka į stemplę.
- Stemplinė fazė – maistas stumiamas stemple žemyn ir patenka į skrandį.

2.2. Maitinimo sutrikimai

VMS laikomas sutrikęs maisto ir (arba) skysčių suvartojimas per burną, kai jis (4):

- neatitinka vaiko amžiaus;
- trunka dvi savaites arba daugiau;
- susijęs su kitais (sveikatos, mitybos, valgymo gebėjimų, psichosocialiniais) sutrikimais;
- mažas maisto suvartojimas nesusijęs su maisto stoka arba kultūrinėmis normomis.

VMS gali būti ūminis (trunkantis iki 3 mėnesių) arba lėtinis (trunkantis 3 arba daugiau mėnesių).

VMS būdinga (vienas arba daugiau simptomų) (5):

- ribotas maisto patekimas į burną arba jo vengimas;
- biologinį vaiko amžių arba jo išsivystymo lygmenį atitinkančio maisto ir (arba) skysčių atsisakymas;
- išrankumas maistui;
- biologinį vaiko amžių arba išsivystymo lygmenį neatitinkantis elgesys maitinimo metu;
- vėluojanti ir (arba) sutrikusi savarankiško valgymo gebėjimų raida;
- sunkumai mokantis naudotis vaiko biologinį amžių atitinkančiais maitinimo įrankiais ir priemonėmis;
- nepakankamas vaiko augimas.

2.3. Disfagija

Disfagijos terminu įvardijamas rijimo sutrikimas, dėl kurio: (1) suvartojama nepakankamai maisto ir skysčių; (2) valgymas yra ne veiksmingas ir nesaugus. Disfagija gali būti dėl bet kurios rijimo fazės (oralinės, ryklinės, stemplinės) sutrikimo. Dėl disfagijos kūdikiai ir vyresni vaikai negali saugiai (burnos turiniui nepatenkant į kvėpavimo takus) čiulpti, gerti, kramtyti, valgyti, ryti seiles, vartoti vaistus) (2). Disfagija susijusi su vaiko gebėjimo ryti (įgūdžių) sutrikimu ir tuo skiriasi nuo psichogeninių (elgesio nulemtu) VMS.

Disfagija gali atsirasti bet kuriame amžiuje, o jos trukmė gali būti įvairi. Disfagija nėra atskira liga, o kitų ligų (nervų sistemos, burnos organų, virškinimo ir kvėpavimo sistemų struktūros pažeidimo ir kt.) pasekmė (6).

2.4. Maitinimo sutrikimų klasifikacija

Į Tarptautinę ligų ir patologinių būklių klasifikaciją (TLK-10) (7) įtrauktas maitinimo sutrikimas (probleminė ir sutrikusi mityba), kuris koduojamas R63.3. Kitas maitinimo sutrikimų diagnostines kategorijas pagal TLK-10 rekomenduojama koduoti šiais kodais:

- R63.4 – nenormalus kūno masės mažėjimas;
- R63.6 – nepakankamas maisto ir vandens vartojimas dėl aplaidumo;
- F98.2 – mitybos sutrikimai kūdikystėje ir vaikystėje;
- R13 – rijimo sutrikimas (disfagija).

VMS būtina diferencijuoti nuo vaikų valgymo sutrikimų (pvz. nervinės anoreksijos), kuriems būdingas noras pagerinti išvaizdą numetus svorio (4).

2.5. Maitinimo sutrikimų paplitimas

VMS gali atsirasti bet kuriame amžiuje. Pirmaisiais gyvenimo metais atsiradęs VMS vadinamas *kūdikių maitinimo sutrikimu*. Šis sutrikimas gali būti nustatomas net ir tipiška besivystantiems kūdikiams, tačiau dažnesnis raidos sutrikimą turintiems kūdikiams ir vaikams, ypač tiems, kurie gimė neišnešioti. Skirtingų tyrėjų pateikiamas VMS ir disfagijos paplitimas skiriasi dėl tyrimo metodų, diagnostinių kriterijų ir tiriamosios populiacijos skirtumų (8). Apibendrinus atliktų tyrimų duomenis galime teigti, kad:

- VMS nustatomas 25–40 % tipiška besivystančių ir 75–80% raidos sutrikimą turinčių kūdikių (9);
- 19–99 % cerebrinių paralyžių (CP) turinčių vaikų nustatoma orofaringinė disfagija ir (arba) kiti VMS (10–12);
- Vaikams, turintiems autizmo spektro sutrikimą (ASS) VMS atsiradimo tikimybė penkis kartus didesnė negu tiems, kurie ASS neturi (13);
- 33–83 % vaikų, turinčių kaukolės ir veido anomalijų, nustatoma oralinė disfagija (14);
- disfagija nustatoma maždaug 1 % 3–17 metų vaikų(5,11).

VMS paplitimas per pastaruosius 20 metų augo dėl geresnės sveikatos priežiūros: daugiau sunkius sveikatos sutrikimus turinčių vaikų išgyvena perinataliniu laikotarpiu (15), ilgesnė jų gyvenimo trukmė (16).

2.6. Maitinimo sutrikimų priežastys

Septyniasdešimt penkis procentus VMS lemia kelios priežastys (80 % atvejų nustatomas elgesio sutrikimas, 70 % – nervų sistemos ligos, 60 % – burnos, kvėpavimo arba virškinimo sistemų struktūrinės anomalijos) (4).

VMS priežastys:

- Nervų sistemos ligos: hipoksinė išeminė encefalopatija, CP, genetinės nervų-raumenų ligos. Šioms ligoms būdinga sutrikusi čiulpimo-rijimo-kvėpavimo seka, todėl pailgėja maitinimo laikas (nelieka fiziologinių sotumo, virškinimo ir alkio periodų), didėja aspiracijos riziką, sutrinka tolimesniems maitinimo etapams reikalingų burnos judesių formavimasis.
- Burnos ir virškinimo sistemos anatomiciniai defektai: lūpos / gomurio nesuaugimas, trumpas liežuvio pasaitėlis (turi reikšmės žindymui, bet ne visada), prievartio stenozė,

tracheozofaginė fistulė, pilvo sienos išvarža, stemplės atrezija – dėl jų gali sutrikti bet kuri rijimo fazė.

- Chirurginės intervencijos: gastrostomos suformavimas, trumpos žarnos sindromas, diafragmos angos išvarža.
- Fiziologinės būklės: gastroezofaginio reflukso liga (GERL), pilvo diegliai, sulėtėjusi žarnyno peristaltika.
- Maisto alergija, celiakija, laktozės netoleravimas.
- Genetiniai sindromai: Dauno, Pierre Robin, Praider-Willi, CHARGE ir kt. sindromai.
- Širdies ir kvėpavimo sistemų ligos: įgimtos širdies ydos, lėtinės plaučių ligos.
- Elgesio sutrikimas: maisto atsisakymas, potrauminis maitinimosi sutrikimas, sensorinės integracijos sutrikimo sąlygotas alkis ir (arba) persivalgymas. Vaikai, kurie turi organinių priežasčių sukeltą VMS, augdami neretai susiduria su neigiama valgymo patirtimis, todėl formuojasi netinkamo elgesio modeliai, komplikuojantys organinio VMS eigą (4).

3. Diagnostika

3.1. Maitinimo sutrikimų diagnostiniai kriterijai

Nustatant VMS diagnozę rekomenduojama vadovautis šiais diagnostiniais kriterijais (rekomendacijų I klasė) (4,17):

1. Gaunamų maisto medžiagų kiekis neatitinka vaiko amžiaus dvi savaites ir daugiau bei susijęs su vienu ar daugiau iš šių sutrikimų:
 - Organiniu sveikatos sutrikimu (širdies ir (arba) kvėpavimo funkcijos sutrikimu), kai nustatomas bent vienas iš šių simptomų:
 - širdies ir kvėpavimo sistemos sutrikimas maitinant per burną;
 - aspiracija ir besikartojantys plaučių uždegimai.
 - Mitybos sutrikimu, kuris gali pasireikšti:
 - nepakankama mityba;
 - atskirų maisto medžiagų trūkumu dėl nepakankamos valgomo maisto įvairovės;
 - enterinio maitinimo ir maisto papildų poreikiu fiziologiniam maisto medžiagų ir skysčių poreikiui užtikrinti.
 - Maitinimo gebėjimų sutrikimas, kuris pasireiškia bent vienu iš šių sutrikimų:
 - poreikiu keisti arba modifikuoti maisto tekstūrą;
 - poreikiu pritaikyti arba keisti maitinimo padėtį ir (arba) priemones;
 - poreikiu naudoti specifines maitinimo strategijas.
 - Psychosocialinė disfunkcija, kai stebimas bent vienas iš šių sutrikimų:
 - aktyvus arba pasyvus maitinimo vengimas;
 - tėvų arba globėjų nesugebėjimas užtikrinti vaiko maitinimo ir mitybos poreikius;
 - socialinio funkcionavimo sutrikimas susijęs su maitinimu;
 - vaiko-tėvų santykių sutrikimas.

2. Nėra valgymo sutrikimui būdingų mąstymo ypatumų (sąmoningo maisto ribojimo, siekiant numesti svorio ir būti gražesniai, kūno suvokimo sutrikimų) ir (arba) maisto stokos ir (arba) nevalgymo susijusio su kultūriniais ypatumais (pvz. specifine dieta, pasninku).

3.2. Disfagijos diagnostiniai kriterijai

Pagrindinis disfagijos kriterijus – nepakankama kvėpavimo takų (gerklų, trachėjos, bronchų) apsauga valgant ir maisto patekimas į kvėpavimo takus (aspiracija) bet kurios rijimo fazės metu (2). Nustatant diagnozę kartu įvertinamas sutrikimo pobūdis ir sunkumas.

Disfagijos požymiai (kosulys, dusulys, užkimęs balsas, drėgni karkalai, ašarojimas, paraudusios akys arba veido spalvos pokyčiai valgant) gali būti nustatomi klinikinio ištyrimo metu, tačiau aspiracijos buvimą gali patvirtinti tik instrumentinis rijimo tyrimas (įrodymų A lygmuo) (18–20).

3.3. Maitinimo sutrikimų rizikos vertinimas

VMS rizikai nustatyti naudojami greitosios atrankos metodai (angl. *screening*). Šie metodai nėra skirti diagnostikai – nustatčius VMS sutrikimo riziką turi būti atliekami detalesni maitinimo ir (arba) rijimo tyrimai VMS diagnozei nustatyti arba atmesti. Greitosios atrankos metodų taikymas taupo ASP išteklius, padeda nustatyti VMS anksčiau, laiku pradėti gydymą ir išvengti komplikacijų (17,21).

Maitinimo sutrikimų rizikos vertinimo rekomendacijos (rekomendacijų I klasė) (2,17,21)

1. Šeimos gydytojas arba vaikų ligų gydytojas turi vertinti fizinę vaiko raidą (ūgio ir svorio augimą) ir valgymo gebėjimų raidą (1 lentelė) kiekvieno profilaktinio apsilankymo metu.
2. Šeimos gydytojas atlieka VMS rizikos vertinimą ir (arba) nukreipia vaiką į vietos VRSAR tarnybą, jeigu:
 - nustatomas nepakankamas svorio augimo tempas ir (arba) pernelyg mažas vaiko svoris;
 - sutrikusi / sulėtėjusi vaiko valgymo gebėjimų raida (1 lentelė);
 - nustatomas bent vienas iš aspiracijos požymių (2 lentelė);
 - tėvai išsako skundų nuogastavimų dėl vaiko maitinimo ir (arba) rijimo.

Paciento kelias įtarus VMS pateikiamas 1 priede, o VMS rizikos vertinimo forma – 2 priede.

3. Vietos VRSAR centro gydytojas-socialinis pediatras įvertina vaiko anamnezę (VMS rizikos veiksniai) ir atlieka VMS rizikos vertinimo atrankos testą, jeigu jis nebuvo atliktas šeimos gydytojo arba vaikų ligų gydytojo (2 priedas). VMS rizikai vertinti rekomenduojama naudoti Kūdikių ir vaikų maitinimo klausimyną (angl. *Infant and Child Feeding Questionnaire, ICFQ*) (17,22). Ši VMS rizikos vertinimo priemonė pasižymi puikiomis psichometrinėmis savybėmis (jautrumu, specifiškumu, pagrįstumu) ir padeda atskirti VMS riziką nuo išrankumo maistui (22). Disfagijos rizikai vertinti rekomenduojama naudoti Vaikišką valgymo vertinimo priemonės

versiją (angl. *The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool, PEDI-EAT-10*). Nustatyta, kad ši priemonė pasižymi puikiais psichometrinėmis savybėmis (tirtas vidinis suderinamumas, pakartotinių testavimų patvirtintas patikimumas ir kriterinis validumas) (23).

4. Nustačius VMS riziką suplanuojamas ir atliekamas vaiko maitinimo ir raidos bei funkcinės būklės vertinimas regioniniame ir (arba) universitetiniame VRSAR centre.

1 lentelė. Valgymo gebėjimų raidos etapai (pagal 17, 21)

Amžius	Maisto tekstūra	Burnos motoriniai įgūdžiai	Kiti maitinimui svarbūs vaiko gebėjimai
0–4 mėn.	<ul style="list-style-type: none"> Skysčiai (mamos pienas, pieno mišinys) 	<ul style="list-style-type: none"> Čiulpimas Liežuvio judesiai pirmyn-atgal Oraliniai refleksai ieškojimas, čiulpimas 	<ul style="list-style-type: none"> Išmoksta nulaikyti galvą visose padėtyse
4–6 mėn.	<ul style="list-style-type: none"> Skysta košė 	<ul style="list-style-type: none"> Čiulpimas nuo šaukšto Atsiskiria liežuvio ir žandikaulio judesiai Refleksinį čiulpimą keičia valingas (liežuvio judesiai aukštyn - žemyn) 	<ul style="list-style-type: none"> Galvos, kaklo, liemens padėties kontrolė Mokosi laikyti pusiausvyrą sėdėdami Laiko ranka vidurio linijoje
7–9 mėn.	<ul style="list-style-type: none"> Tiršta košė Tiršta rupesnės tekstūros košė Lengvai atkandamas ir burnoje ištežtantis maistas Lengvai sukramtomas maistas, kurį galima valgyti rankomis Ragauja kietus užkandžius 	<ul style="list-style-type: none"> Sumažėja burnos jautrumas Geria iš puodelio Vertikalus kramtymas Liežuvio šoniniai judesiai Prasideda kandimas, atsikandimas 	<ul style="list-style-type: none"> Tyrinėja burna Siekia, atsiranda žnyplinis griebimas Griebia šaukštą Valgo rankomis
9–12 mėn.	<ul style="list-style-type: none"> Kietas rankomis valgomas maistas Kietas, ilgai kramtomas maistas 	<ul style="list-style-type: none"> Savarankiškai geria iš puodelio Yra rotaciniai liežuvio judesiai kramtant 	<ul style="list-style-type: none"> Tobulėja žnyplinis griebimas Valgo rankomis Ima šaukštą visa ranka
12–18 mėn.	<ul style="list-style-type: none"> Toleruoja įvairios tekstūros maistą 	<ul style="list-style-type: none"> Yra šoniniai liežuvio judesiai kramtant Geria iš šiaudelio 	<ul style="list-style-type: none"> Tobulėja savarankiškas valgymas Kabina šaukštu maistą, neša iki burnos
18–24 mėn.	<ul style="list-style-type: none"> Valgo ilgai kramtomą maistą 	<ul style="list-style-type: none"> Subrendęs rotacinis kramtymas Pradedama kontroliuoti atsikandimą, kėsnio dydį valgydamas rankomis 	<ul style="list-style-type: none"> Savarankiškai valgo (naudojasi šakute, geria iš puodelio ir šiaudelio, neapsilieja)
24 mėn.	<ul style="list-style-type: none"> Valgo šeimos maistą 	<ul style="list-style-type: none"> Oraliniai-motoriniai įgūdžiai tobulėja Pilnai kontroliuoja atsikandimą 	Savarankiškai valgo (naudojasi šakute, geria iš puodelio ir šiaudelio, neapsilieja)

2 lentelė. Klinikiniai aspiracijos (seilėmis, kietu maistu arba skysčiais) požymiai (pagal Kanados vaikų maitinimo sutrikimų diagnostikos ir gydymo gaires) (17)

Lengvai pastebimi	Sunkiau pastebimi
<ul style="list-style-type: none"> • Springimas • Žiaukčiojimas • Kosėjimas • Atsisakymas valgyti • Šlapias ir gergždžiantis balsas valgant arba pavalgius • Kimus balsas • Seilėtekis arba seilių kaupimasis burnoje • Garsus kvėpavimas • Širdies ir kvėpavimo sistemos sutrikimas (apnėja, deguonies kiekio kraujyje sumažėjimas) valgant 	<ul style="list-style-type: none"> • Akių ašarojimas • Staigus raumenų tonuso pasikeitimas • Padidėjęs deguonies poreikis • Dažnai pasikartojančios kvėpavimo takų infekcijos • Lėtas svorio augimas, mažas svoris • Mažas per burną suvartojamo maisto kiekis • Nosies šnirpštimas • Odos spalvos pasikeitimas valgant

Pastaba: aspiracija gali pasireikšti ir be simptomų („tylioji aspiracija“). Esant bent vienam iš lentelėje išvardintų simptomų būtinas detalesnis vaiko ištyrimas dėl VMS ir disfagijos.

3.4. Maitinimo sutrikimų ir disfagijos diagnostika

3.4.1. Bendrosios nuostatos

(rekomendacijų I klasė) (4,21)

1. VMS ir disfagijos diagnostiką atlieka regioninio ir (arba) universitetinio VRSAR centro daugiadalykė specialistų komanda.
2. Minimali regioninio arba universitetinio VRSAR centro VMS ir disfagijos valdymo komandos sudėtis:
 - logoterapeutas;
 - vaikų ligų gydytojas;
 - ergoterapeutas;
 - kineziterapeutas;
 - socialinis darbuotojas;
 - slaugytojas;
 - vaiko tėvai arba globėjai.

Esant poreikiui, į komandos sudėtį įtraukiami kiti specialistai: vaikų neurologas, vaikų ir paauglių psichiatras, otorinolaringologas, dietistas, kitų specializacijų vaikų gydytojai. Šie specialistai gali dirbti daugiadalykės VMS valdymo komandos sudėtyje arba pasitelkiami kaip papildomi konsultantai.
3. VMS ir disfagijos diagnostiką turi koordinuoti logoterapeutas, besispecializuojantis VMS srityje ir turintis mažiausiai trijų metų VMS ir disfagijos sutrikimų diagnostikos ir gydymo patirtį.
4. VMS ir disfagijos diagnostiką sudaro:
 - Paciento ir (arba) jo artimųjų apklausa (surenkama informacija apie vaiko sveikatą, socialinę aplinką, valgymo gebėjimų ir kitų sričių bei fizinę raidą, taikytus diagnostikos ir gydymo metodus bei jų rezultatus);
 - Klinikinis VMS vertinimas;
 - Maitinimo stebėjimas;

- Suvartojamo maisto kiekio ir maistinės vertės vertinimas;
 - Ūgio, svorio, poodinio riebalinio audinio (odos raukšlės) vertinimas;
 - Instrumentiniai disfagijos diagnostikos metodai.
5. Tėvai dažnai patiria sunkių emocinių išgyvenimų dėl VMS, disfagijos, gretutinių vaiko raidos sutrikimų ir negalios. Būtina į tai atsižvelgti atliekant vaiko raidos ir maitinimo vertinimą. Vertinimo procesas turi atitinkti į šeimą orientuoto ASP paslaugų teikimo modelio principus.

3.4.2. Klinikinis vaikų maitinimo sutrikimų vertinimas (rekomendacijų I klasė) (17,21)

1. Klinikinio vertinimo turi būti atsakyta į penkis klausimus:
- Ar vaiko maitinimo būdas yra saugus?
 - Ar vaikas suvalgo pakankamai?
 - Ar maitinimas yra efektyvus?
 - Ar maitinimas atitinka vaiko raidą?
 - Ar maitinimas suteikia teigiamos patirties vaikui ir jo tėvams / globėjams?

Klinikinio VMS vertinimo forma pateikiama 2 priede.

2. **Klausimas Nr. 1: „Ar vaiko maitinimo būdas yra saugus“** (3 lentelė ir 4 priedas) – ar išsakomi (vaiko ar jo artimųjų) nusiskundimai ir (arba) stebimi požymiai dėl maitinimo būdo (oralinio arba enterinio) netoleravimo? Maitinimo saugumo vertinimą sudaro:

- Anamnezė: vaiko ir (arba) jo šeimos narių nusiskundimai dėl vaiko maitinimo (būtina išsiaiškinti ar yra klinikinių aspiracijos požymių), informacija apie gretutines vaiko (nervų, širdies, kvėpavimo, virškinimo ir burnos organų) ligas, raidą, maitinimą (koku paros laiku, kaip dažnai maitinamas, kokioje padėtyje, kokios maitinimo priemonės ir maistas naudojami, vaiko padėtis valgant), valgymo skirtumus kai valgoma skirtingose aplinkose ir padėtyse, naudojant skirtingas valgymo priemones, anksčiau taikytus diagnostikos ir gydymo metodai, jų rezultatus;
- Klinikinė apžiūra: neurologinis ištyrimas, kvėpavimo ir širdies sistemų, burnos organų anatomijos (gomurio nesuaugimas, dantų būklė ir kt.) vertinimas;
- Valgymo stebėjimas (tėvų prašoma maitinti taip kaip daro tai namuose: tomis pat priemonėmis, tokiu pat maistu ir toje pačioje padėtyje): vertinama vaiko padėtis, valgymo procesas, klinikiniai aspiracijos požymiai.

Lentelė Nr. 3 „Ar vaiko maitinimo būdas yra saugus?“

TAIP	NE – tolimesni žingsniai	
↓ Pereiti prie klausimo Nr. 2	<ul style="list-style-type: none"> • Nukreipimas į universitetinį VRSAR centrą išsamiam mediciniam ištyrimui (įskaitant instrumentinius rijimo tyrimus) • Logoterapeuto, turinčio VMS vertinimo ir gydymo patirties, konsultacija • VFRT atlikimas • Dietologo ir (arba) ergoterapeuto konsultacija pagal poreikį 	<p>Vertinama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valgymo gebėjimų raida • Gebėjimas saugiai ryti • Enterinis maitinimas • Galimybė pereiti iš maitinimo per zondą į oralinį maitinimą • Burnos ir dantų higiena • Sėdėjimas ir kūno padėtis

Pereiti prie klausimo Nr. 2

3. **Klausimas Nr. 2: „Ar vaikas suvalgo pakankamai“?** (4 lentelė) - ar vaiko mityba atitinka jo biologinį amžių ir sveikatos būklę. Nustatoma pagal fizinę vaiko raidą, sveikatos būklę ir suvartojamo maisto kiekį. Vertinimą sudaro:

- Anamnezė: ūgio ir svorio augimo tempas, lėtinės ligos, dietos ypatumai (alergija maistui, medicininė dieta, suvalgomo maisto kiekis), šlapinimosi ir tuštinimosi dažnumas, anksčiau atliktų tyrimų (klinikinio kraujo, baltymų, geležies, kalcio ir kt.) rezultatai.
- Klinikinė apžiūra: ūgio, svorio, poodinio riebalinio audinio (odos raukšlės) matavimas, dehidratacijos požymiai (sausos gleivinės, sumažėjęs odos elastingumas, pakitęs kvėpavimas, vangumas); fizinė vaiko raida turi atitikti amžių ir medicininę vaiko būklę (pvz., genetinės ligos gali turėti specifinius fizinės raidos ypatumus). Fizinei vaiko raidai vertinti naudojamos tipiška besivystančių vaikų svorio ir augimo kreivės. Genetinius sindromus (pvz. *Down, Prader-Will*) turinčių vaikų fizinė raida vertinama pagal šiems sindromams specifines augimo kreives, jeigu tokios yra. Sunkų judėjimo sutrikimą turintys vaikai gali sverti mažiau negu tipiška besivystantys vaikai dėl jiems būdingos mažesnės kaulų ir raumenų masės.
- Suvartojamo maisto kiekio (oraliniu, enteriniu, parenteriniu būdu) ir maistinė vertė (energetinė vertė, skysčių, baltymų, geležies, kalcio, kt. maisto medžiagų kiekio) ir jo atitiktis vaiko amžiui ir medicininei būklei vertinimas; būtina atsižvelgti į papildomus sveikatos veiksnius (pvz., vėmimą, viduriavimą, malabsorbciją, kitas lėtines ligas), dėl kurių gali keistis vaiko skysčių ir (arba) maisto poreikis.
- Kiti tyrimai: esant indikacijoms skiriami papildomi kraujo ir biocheminiai tyrimai, kaulų tankio, diurezės matavimas.

Lentelė Nr. 4 „Ar vaikas suvalgo pakankamai?“

TAIP	NE – tolimesni žingsniai*	
↓ Pereiti prie klausimo Nr. 3	<ul style="list-style-type: none"> • Išsamus medicininis ištyrimas • Dietisto arba vaikų ligų gydytojo, turinčio VMS vertinimo ir gydymo patirties, konsultacija • Logoterapeuto, gastroenterologo, imunologo, pulmonologo, socialinio darbuotojo, ergoterapeuto, kineziterapeuto konsultacijos pagal poreikį ↓ Pereiti prie klausimo Nr. 3	Vertinama: <ul style="list-style-type: none"> • Valgymo gebėjimų raida • Gebėjimas saugiai ryti • Dietos korekcijos suvartojamo maisto kiekio padidinti • Enterinis maitinimas • Galimybė pereiti iš enterinio prie oralinio maitinimo • Burnos ir dantų higiena • Sėdėjimas ir kūno padėtis valgant • Maitinimo aplinka ir rutina • Sensorinė integracija

*Jeigu stebimi dehidratacijos požymiai (suretėjęs šlapinamasis, mažas šlapimo kiekis, sausos gleivinės, pakitęs kvėpavimas, vangumas, sumažėjęs odos tamprumas, įdubusios akys), vaiką nedelsiant privalo konsultuoti vaikų ligų gydytojas.

4. **Klausimas Nr. 3: „Ar vaiko maitinimo būdas yra efektyvus“** (5 lentelė) – ar vaikas valgo reguliariai, pakankamai greitai ir kokybiškai? Vertinamas mitybos režimas, valgymo trukmė ir pobūdis:

- Anamnezė: vaiko režimas (miegas, būdravimas, valgymas, ugdomosios veiklos), valgymo laikas, tempas ir trukmė, pateikiamo ir suvartojamo maisto santykis, tėvų lūkesčiai susiję su vaiko valgymu, vartojamų vaistų ir ūmių susirgimų įtaka valgymui, su valgymu susijusi neigiama vaiko patirtis (maitinimas per prievartą, skausmas ryjant ir kt.), enterinis maitinimas, valgymas skirtingose aplinkose (namuose, darželyje).
- Valgymo stebėjimas: valgymo laikas, tempas ir trukmė, pateikiamo ir suvartojamo maisto santykis.

Lentelė Nr. 5 „Ar vaiko maitinimo būdas yra efektyvus?“

TAIP	NE – tolimesni žingsniai	
↓ Pereiti prie klausimo Nr. 4	<ul style="list-style-type: none"> • Išsamus medicininis ištyrimas • Dietisto arba vaikų ligų gydytojo, turinčio VMS vertinimo ir gydymo patirties, konsultacija • Psichologo, logoterapeuto, dietisto, socialinio darbuotojo, ergoterapeuto, kineziterapeuto konsultacijos pagal poreikį <p>↓ Pereiti prie klausimo Nr. 4</p>	<p>Vertinama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valgymo gebėjimų raida • Gebėjimas saugiai ryti • Dietos koregavimas suvartojamo maisto kiekio didinimui • Enterinis maitinimas • Perėjimas iš maitinimo per zondą į oralinį maitinimą • Oralinė ir dantų higiena • Sėdėjimas ir pozicionavimas • Maitinimo aplinka ir rutina • Jutiminės sistemos

5. **Klausimas Nr. 4: „Ar maitinimo būdas atitinka vaiko raidą“** (6 lentelė) – kokie yra bendri vaiko gebėjimai (raida) ir ar maitinimo metu atsižvelgiama į vaiko gebėjimus / raidos etapą ir amžių. Vertinama vaiko valgymo ir kitų sričių raida bei valgymo ir maitinimo metodų atitiktis vaiko raidai ir gebėjimams:

- Anamnezė: vaiko raida, miego režimas, elgesys, kultūrinė maitinimo praktika, vaikui siūlomo maisto racionas, gebėjimas valgyti savarankiškai, galimybė tyrinėti maistą (žaidimai su maistu), užkandžiavimas, maitinimo laikas ir vieta, vaiko padėtis maitinimo metu.
- Maitinimo stebėjimas: vaiko kūno padėtis, tėvų-vaiko santykiai, valgymas savarankiškai, maisto tyrinėjimas, savireguliacija ir elgesys maitinimo metu.
- Vaiko raidos vertinimas: bendrosios ir smulkiosios motorikos, laikysenos, raumenų tonuso, pažintinių ir kalbinių gebėjimų.

6. **Klausimas Nr. 5: „Ar maitinimas suteikia teigiamos patirties vaikui ir jo tėvams“** (7 lentelė) – ar maitinimo metu kyla vaiko ir maitinančio asmens bendravimo problemų, kokie vaiko-tėvų santykiai, ar tėvai geba identifikuoti fizinius ir emocinius vaiko poreikius? Vertinamas vaiko ir tėvų bendravimas maitinimo ir kitų veiklų metu, stengiantis identifikuoti VMS priežastis:

- Anamnezė: maitinimo vieta ir aplinka, vaiko padėtis, bendravimas su vaiku maitinimo metu, vaiko reakcija į užuominą apie artėjantį maitinimą, vaiko alkio išraiška, domėjimasis maistu, gebėjimas valgyti savarankiškai, domėjimasis maistu, maitinimo trukmė, pašalinės vaiko veiklos maitinimo metu, elgesys ir

savijauta valgant, tėvų elgesys ir emocijos maitinant vaiką. Renkant anamnezę rekomenduojama užduoti atviro tipo klausimus.

- Maitinimo stebėjimas: tėvų ir vaiko bendravimas, emocinis maitinimo fonas, vaiko ir tėvų elgesys, pašalinė veikla, vaiko domėjimasis maistu, reakcija į maitinimo procesą, savarankiškas valgymas, valgymo tempas ir trukmė. Papildomai rekomenduojama analizuoti šeimos vaizdo įrašus, kur užfiksuotas vaiko maitinimas jam įprastoje aplinkoje.

Lentelė Nr. 6 „Ar maitinimas atitinka vaiko raidą?“

TAIP	NE – tolimesni žingsniai	
↓ Pereiti prie klausimo Nr. 5	<ul style="list-style-type: none"> • Išsamus medicininis ištyrimas • Dietisto arba vaikų ligų gydytojo, turinčio VMS vertinimo ir gydymo patirties, konsultacija • Psichologo, logoterapeuto, dietisto, socialinio darbuotojo, ergoterapeuto, kineziterapeuto, vaikų gydytojo konsultacijos pagal poreikį <p>↓ Pereiti prie klausimo Nr. 5</p>	<p>Vertinama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valgymo gebėjimų raida • Gebėjimas saugiai ryti • Dietos koregavimas, kad padidėtų gaunamo maisto kiekis • Enterinis maitinimas • Perėjimas iš enterinio į oralinį maitinimą • Burnos ir dantų higiena • Sėdėjimas ir pozicionavimas • Maitinimo aplinka ir rutina • Sensorinė integracija

Lentelė Nr. 7 „Ar maitinimas suteikia teigiamos patirties vaikui ir jo tėvams ?“

TAIP	NE – tolimesni žingsniai	
↓ Klinikinis VMS vertinimas baigtas	<ul style="list-style-type: none"> • Išsamus medicininis ištyrimas • Psichologo, logoterapeuto, dietisto, socialinio darbuotojo, pediatro, ergoterapeuto, kineziterapeuto konsultacija pagal poreikį 	

3.4.3. Rijimo (disfagijos) vertinimas

Rijimo vertinimo tikslas – diagnozuoti arba atmesti disfagijos diagnozę, nustatyti jos pobūdį ir sunkumą (lengva, vidutinė, sunki), įvertinti aspiracijos riziką (maža, vidutinė, didelė). Rijimo vertinimo duomenimis remiamasi sudarant disfagijos gydymo planą, parenkant priemones maitinimo saugumui užtikrinti, numatant gydymo tikslus ir disfagijos prognozę (3,24). Rijimo vertinimo metu turi būti atsakyta į 3 klausimus (24,25):

- Ar yra požymių, rodančių nepakankamą kvėpavimo takų apsaugą valgymo metu?
- Ar rijimo sutrikimas susijęs su kvėpavimo arba širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimu?
- Ar pagalbinės maitinimo strategijos ir (arba) dietos modifikavimas padėtų vaiką saugiai maitinti?

Klinikinis rijimo vertinimas (rekomendacijų I klasė) (6,21,25)

1. Klinikinio rijimo vertinimo metu nustatoma:

- disfagijos diagnozė ir pobūdis (rijimo sutrikimo vieta ir fazė);
- rijimo sutrikimo sunkumas ir prognozė;
- papildomų specialistų konsultacijų poreikis;

- instrumentinių tyrimų poreikis.
2. Klinikinį rijimo vertinimą sudaro (17):
 - burnos organų struktūros ir judesių vertinimas;
 - su rijimu susijusių galvinių nervų funkcijos vertinimas;
 - maitinimo ir rijimo vertinimas;
 - sutrikimų atskirose rijimo fazėse nustatymas;
 - rijimo strategijų ir technikų veiksmingumo nustatymas;
 - kitų, su vaiko diagnoze susijusių, klinikinio ištyrimo metodų taikymas.
 3. Klinikinis rijimo vertinimas atliekamas maitinant vaiką jam įprastu būdu: vaiko padėtis, maitinimo įrankiai, gėrimai ir maistas turi būti tokie pat kaip įprastinio maitinimo metu. Be to, rekomenduojama vertinti vaiko maitinimą išbandant pagalbines maitinimo strategijas, skirtingas maitinimo padėtis ir priemones, įvairaus tirštumo ir tekstūros maistą.
 4. Vertinant rijimą rekomenduojama naudoti vieną iš šių standartizuotų vertinimo metodikų (5 priedas):
 - Naujagimiams nuo 32 sav. gestacinio amžiaus – Saugaus individualizuoto maitinimo krūtimi (angl. *Safe Individualized Nipple Competence, SINC*) algoritmą. Šis algoritmas naudojamas vertinant naujagimio pasirengimą žįsti krūtį ir mokant / pratinant naujagimį žįsti krūtį (įrodymų C lygmuo) (26).
 - Kūdikiams – Pediatriinę funkcinio maitinimo per burną skalę (angl. *Functional Oral Intake Scale (FOIS) Pediatric*) (5 priedas). Įrodytas šios skalės patikimumas (tirtas vertintojų suderinamumas) ir kriterinis validumas (27).
 - 2 mėnesių–14 metų vaikams – Bazinių vaikų maitinimo ir valgymo gebėjimų skalę (angl. *Ability for Basic Feeding and Swallowing Scale for Children, ABFS-C*) (5 priedas). Įrodytas šios skalės patikimumas (vidinis nuoseklumas ir vertintojų suderinamumas) ir kriterinis validumas (28).
 - 3–13 metų vaikams, turintiems raidos sutrikimą – Disfagijos klausimyną (angl. *Dysphagia Disorder Survey (DDS)*). Įrodytas šios skalės vidinis nuoseklumas, konvergencinis ir diskriminacinis validumas (29).
 5. Klinikinis rijimo vertinimo nepakanka kad būtų patikimai nustatytas rijimo sutrikimas ir aspiracija (18) – kliniškai įtarus rijimo sutrikimą ir (arba) pastebėjus aspiracijos simptomus būtina atlikti instrumentinį rijimo tyrimą.
 6. Indikacijos instrumentiniam rijimo tyrimui:
 - klinikinio rijimo tyrimo metu įtarta aspiracija;
 - klinikinio rijimo tyrimo metu įtartas bet kurios rijimo fazės sutrikimas;
 - siekiama gydymo taktikos parinkimui reikalingos informacijos: norima įvertinti pagalbinių strategijų taikymo, skirtingų vaiko padėčių, maisto modifikacijų poveikį rijimui ir aspiracijos rizikai.
 7. Kontraindikacijos instrumentiniams rijimo tyrimams:
 - vaiko mieguistumas, irzlumas, pasipriešinimas tyrimui;
 - ūminės ir (arba) lėtinės ligos paūmėjimas, kuris gali sukelti laikiną rijimo sutrikimą;
 - nestabili fiziologinė vaiko būklė;
 - instrumentinio rijimo tyrimo metu gauta informacija neturės įtakos gydymo taktikai.

Liežuvio pasaitėlio ilgio vertinimas (rekomendacijų I klasė) (17,30)

1. Viena iš galimų kūdikių žindymo sutrikimo priežasčių – trumpas liežuvio pasaitėlis (ankiloglosija), todėl būtina vertinti liežuvio pasaitėlio ilgį visiems žindymo sutrikimą turintiems kūdikiams (kartu su liežuvio ir kitų burnos organų struktūros ir funkcijos vertinimu).
2. Būtina suprasti, kad daugumai kūdikių ankiloglosija netrukdo žįsti krūtis arba valgyti iš buteliuko (31). Todėl sprendimas dėl ankiloglosijos gydymo gali būti priimtas tik po išsamaus kūdikio maitinimo vertinimo.
3. Liežuvio pasaitėlio ilgiui vertinti rekomenduojame naudoti standartizuotą vertinimo priemonę – Hazelbaker liežuvio pasaitėlio funkcijos vertinimą (angl. *Hazelbaker Lingual Frenulum Function, HATLFF*). Įrodytas pakankamas šios vertinimo priemonės patikimumas (vertintojų suderinamumas) ir turinio validumas (32,33).
4. HATLFF priskiriamas rizikos vertinimo testams, todėl vien šio testo vertinimo rezultatais negalima vadovautis priimant sprendimą dėl frenotomijos (liežuvio pasaitėlio įkirpimo operacijos) poreikio.

Instrumentinis rijimo tyrimas (rekomendacijų I klasė) (17,21,25)

1. Instrumentiniai rijimo tyrimai atliekami tik po klinikinio rijimo vertinimo, kai reikia papildomos informacijos rijimo sutrikimui, jo pobūdžiui ir sunkumui nustatyti. Šiais tyrimais:
 - įvertinama rijimo anatomija, fiziologija ir biomechanika;
 - patvirtinamas arba atmetamas aspiracijos buvimas;
 - nustatoma ar rijimas saugus;
 - įvertinamas skirtingų maitinimo strategijų, maisto tekstūros ir skysčio konsistencijos, maitinimo įrankių ir vaiko maitinimo padėčių poveikį rijimui ir aspiracijos rizikai.
2. Būtina suprasti, kad instrumentiniai rijimo tyrimai nėra 100 proc. patikimi, jų duomenis gali iškreipti tyrimo atlikimo aplinkybės (paciento dalyvumas, tyrimo aplinka).
3. Vaikams gali būti naudojami šie instrumentiniai rijimo tyrimai:
 - Videofluoroskopinis rijimo tyrimas (angl. *Videofluoroscopic Swallowing study, VFSS*);
 - Fibrooptinis endoskopinis rijimo tyrimas (angl. *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing, FEES*);
 - Fibrooptinis endoskopinis rijimo tyrimas su jutimų testavimu (angl. *Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing, FEEST*).
4. Instrumentinio tyrimo metodas parenkamas individualiai įvertinus vaiko savybes, siekiamos gauti informacijos pobūdį, tyrimų privalumus ir trūkumus.
5. Atliekant VFSS pacientas maitinamas maistu arba skysčiu, į kurį pridėta bario. Videofluoroskopu stebimas gerklų ir ryklės anatomicinis vientisumas, rijimo fazės, rijimo sutrikimas ir kvėpavimo takų apsauga valgant. VFSS privalumai:
 - galima stebėti visas rijimo fazes realiu laiku vaikui valgant;
 - neinvazinis;
 - galima nustatyti skirtingų maitinimo strategijų ir maisto modifikacijų (skirtingų tekstūrų ir konsistencijos) poveikį rijimui;
 - galima vertinti kvėpavimo takų apsaugą rijimo metu ir nurijus.

6. VFSS trūkumai:
 - būtina, kad vaikas galėtų suvalgyti per burną bent nedidelį maisto kiekį;
 - negalima detaliai įvertinti stemplės anatomicinės struktūros ir funkcijos;
 - jonizuojančios spinduliuotės apšvita, todėl tenka riboti tyrimo trukmę ir kartojimo dažnumą;
 - į ryjamą maistą būtina pridėti bario, o tai pakeičia skysčių ir maisto skonį bei tekstūrą;
 - tyrimo rezultatų patikimumas priklauso nuo vertintojo profesionalumo;
 - reikalingas specialiai paruoštas personalas, sudėtingas tyrimo planavimas;
 - negalima vertinti krūtimi žindomo kūdikio rijimo.
7. Būtinios sąlygos VFSS atlikimui:
 - paciento bendradarbiavimas;
 - gebėjimas suvalgyti per burną bent minimalų maisto kiekį;
8. Kontraindikacijos VFSS atlikimui:
 - Nestabili fiziologinė vaiko būklė (ypač kvėpavimo nepakankamumas);
 - Negalėjimas valgyti per burną;
 - Vaiko pasipriešinimas maitinimui.
9. Atliekant FEES galima apžiūrėti su rijimu susijusias anatomines struktūras, nustatyti anatominius ir fiziologinius rijimo sutrikimus ir aspiracijos riziką. FEES privalumai:
 - galima atlikti vaikams, kurie nevalgo per burną;
 - galima vertinti seilių rijimą;
 - galima apžiūrėti ryklę, gerklas ir balso stygas;
 - galima įvertinti kaip ryjamas skirtingos konsistencijos maistas;
 - tyrimo rezultatui nėra svarbi paciento kūno padėtis;
 - galima tirti kūdikio žindimą;
 - prietaisas pigesnis už VFSS ir lengvai transportuojamas;
 - nėra jonizuojančios spinduliuotės, todėl neribojama tyrimo trukmė, tyrimą galima kartoti kada reikia ir kiek reikia;
 - galima maitinti vaiką jo mėgstamu maistu, nereikalingas baris, kuris pakeičia maisto skonį;
 - nėra bario patekimo į kvėpavimo takus rizikos.
10. FEES tyrimo trūkumai:
 - invazinis;
 - nesimato rijimo momento (matomas valgymo procesas iki rijimo ir nurijus);
 - negalima įvertinti stemplinės rijimo fazės;
 - tyrimo rezultatų patikimumas priklauso nuo vertintojo profesionalumo.
11. FEES tyrimas atliekamas kai:
 - nustatomi klinikiniai aspiracijos požymiai;
 - stebimas seilėtekis;
 - stebimas stertoras (kriokiamasis kvėpavimas) arba stridoras (garsas atsirandantis įkvepiant dėl gerklų nepraeinamumo) arba įtariama kita gerklų patologija;
 - vaikas pavargsta valgydamas;
 - svarstoma ar pradėti maitinti vaiką per burną.
12. Kontraindikacijos FEES tyrimui:

- ryškus nazogastrinio zondo netoleravimas;
 - choanų atrezija, nosies arba ryklės stenozė.
13. Sprendimą dėl instrumentinio rijimo tyrimo atlikimą priima gydytojas ir logoterapeutas. VFSS atlieka radiologas, o FEES – otorinolaringologas arba kitos specialybės gydytojas (socialinis pediatras, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas), baigęs atitinkamus mokymus. Atliekant instrumentinius tyrimus privalo dalyvauti logoterapeutas. Logoterapeutas kartu su gydytoju:
- atlieka instrumentinio tyrimo duomenų vertinimą ir interpretavimą;
 - nustato vaiko rijimo sutrikimo sunkumą ir pobūdį;
 - įvertina vaiko galimybes valgyti per burną saugiai;
 - sudaro VMS ir rijimo sutrikimo gydymo planą, parengia vaiko maitinimo rekomendacijas.
14. VFSS ir FEES tyrimų rezultatams aprašyti rekomenduojama naudoti standartizuotą vertinimo priemonę.
15. VFSS rezultatams aprašyti gali būti naudojamos šios skalės:
- penetracijos ir aspiracijos skalę (angl. *Penetration Aspiration Scale*). Įrodytas pakankamas šios skalės patikimumas (vertintojų suderinamumas ir kartotinių matavimų stabilumas) ir kriterinis validumas (34);
 - iš buteliuko maitinamų kūdikių videofluoroskopinio rijimo tyrimo rezultatų vertinimo skalė (angl. *Measurement Tool for Videofluoroscopic Assessment of Swallowing Impairment in Bottle-Fed Babies, BaByVFSSImP*). Įrodytas šios skalės konstrukcinis validumas ir klinikinis tinkamumas (35).
16. FEES rezultatams aprašyti gali būti naudojamos šios skalės:
- Penetracijos-aspiracijos skalė (angl. *Penetration-Aspiration Scale*). Įrodytas pakankamas šios skalės patikimumas (vertintojų suderinamumas ir kartotinių matavimų stabilumas) ir sutampantis validumas (36).

4. Maitinimo sutrikimų ir disfagijos gydymas

4.1. Bendrosios nuostatos

1. VMS ir disfagijos gydymo planą sudaro VMS diagnostinį vertinimą atlikusi regioninio ir (arba) universitetinio VRSAR centro daugiadalykė specialistų komanda.
2. Gydymo plane numatomi gydymo tikslai. Rekomenduojame naudoti SMART (specifinis, išmatuojamas, pasiekiamas, reikšmingas, apibrėžtas laike) (37) tikslų formulavimo ir tikslo pasiekimo vertinimo strategiją.
3. Universitetinė VRSAR komanda turi aiškiai apibrėžti vaiko gydymo tikslus, suplanuoti gydymo priemones, deleguoti jų taikymą (universitetinė ir (arba) regioninė ir (arba) vietos VRSAR), suteikti rekomendacijas vaiką prižiūrintiems asmenims ir ASP specialistams (rekomendacijų I klasė) (17,30). Gydymo plano vykdymas gali būti skaldomas dalimis, deleguojant gydymo užduočių atlikimą kelioms skirtingo lygmens VRSAR komandoms (vietos, regioninei, universitetinei).
4. Formuluojuant gydymo tikslus ir sudarant VMS gydymo planą turi dalyvauti vaiko tėvai / globėjai (rekomendacijų I klasė) (17,30). Tėvų įtraukimas į VMS ir disfagijos diagnostikos ir gydymo komandos darbą:

- padeda šeimai suprasti ką ir kodėl reikia daryti, siekiant pasiekti vaikui ir jo šeimai reikšmingo tikslo;
- įpareigoja šeimą įsitraukti / prisidėti prie tikslo siekimo;
- pagerina VMS gydymo rezultata.

(rekomendacijų I klasė) (17,30)

5. Tikslas formuluojamas ir gydymo planas sudaromas etapais:
 - išsiaiškinamas / iškeliamas šeimai ir vaikui svarbus tikslas (svarbu valdyti lūkesčius, išsikelti realius ir pasiekiamus tikslus);
 - daugiadalykės komandos nariai ir tėvai siūlo idėjas kaip suskaldyti tikslo siekimą į mažesnius etapus (atsižvelgiama į SMART principus);
 - aptariamos galimo kliūtys tikslui pasiekti;
 - tikslo siekimas vykdomas etapais, kiekvieno etapo pasiekimai fiksuojami ir aptariami;
 - tikslai reguliariai peržiūrimi ir atnaujinami.

4.2. Maitinimas per burną

(rekomendacijų I klasė) (17,21)

1. Prieš pradėdant maitinti vaiką per burną svarbu įsitikinti kad toks valgymo būdas vaikui saugus (4 priedas). Sprendimą dėl maitinimo per burną saugumo priima universitetinio VRSAR centro daugiadalykė VMS komanda, įvertinusi bendrą vaiko būklę, klinikinio ir (arba) instrumentinio rijimo tyrimo / -ų duomenis. Svarbu suprasti, kad vaiko būklė gali keistis paros bėgyje, todėl reikalingas ilgesnis vaiko būklės stebėjimas.
2. Būtinios sąlygos vaiko maitinimui per burną:
 - ≥ 30 savaičių gestacinis amžius;
 - kvėpuoja savarankiškai ≥ 24 valandas;
 - kvėpavimo dažnis ramybėje 60–80 kartų per minutę;
 - dalį paros būdrauja ir būna ramus;
 - nėra aspiracijos požymių (nėra poreikio siurbti sekretą iš kvėpavimo takų ir kt.);
 - toleruoja enterinį maitinimą;
 - stebimas alkį rodantis vaiko elgesys.
3. Vaiko galimybė valgyti per burną turi būti vertinama kiekvieną kartą, kai:
 - pablogėja bendra vaiko sveikatos būklė;
 - buvo atlikta endotrachėjinė intubacija;
 - buvo atlikta kvėpavimo takų operacija;
 - pastebimi aspiracijos požymiai.
4. Prieš pradėdant skirti geriamus vaistus svarbu įvertinti vaiko gebėjimą nuryti vaisto konsistencijos produktus. Jeigu vaisto konsistencijos produktų vaikas valgyti negali, keičiama vaisto forma (į vaikui tinkamesnės konsistencijos) arba vaisto įvedimo būdas (enterinis, parenterinis).
5. Svarbu pastebėti ir mokyti tėvus atpažinti valgymo per burną ne toleravimo požymius. Šie požymiai gali būti:
 - širdies ritmo pokyčiai;
 - kintantis kraujo įsotinimas deguonimi;
 - kvėpavimo sutrikimas;

- vaiko padėties ir (arba) bendro raumenų tonuso pasikeitimas;
- sujaudinimas arba mieguistumas.

4.3. Maitinimo sutrikimų gydymo metodai

VMS gydyti taikomi šie gydymo metodai:

- maitinimo rutinos sukūrimas ir palaikymas;
- aplinkos pritaikymas;
- tinkamo vaiko ir maitinančiojo santykių sukūrimas / palaikymas;
- maitinimo padėties parinkimas;
- valgymo įgūdžių lavinimas;
- sensomotorinės intervencijos;
- rijimo palengvinimo metodai.

Metodo pasirinkimas priklauso nuo VMS pobūdžio, maitinimo vertinimo rezultatų, vaiko amžiaus ir gydymo tikslų.

4.4. Maitinimo rutina

Nuspėjama ir pažįstama maitinimo tvarka (rutina) padeda vaikui:

- pajusti skirtumą tarp alkio ir sotumo;
- suprasti, kad artėja maitinimo laikas;
- pasirengti maitinimui ir aktyviai jame dalyvauti.

Pagrindiniai maitinimo rutinos komponentai: pastovus maitinimo grafikas ir aplinka, bendravimas su aplinka, jutiminiai potyriai, atsipalaidavimas ir geros emocijos.

Rekomendacijos dėl maitinimo rutinos sudarymo (rekomendacijų I klasė (6,21))

1. Būtina daryti pertraukas tarp maitinimų (alkis yra vaiko vidinė motyvacija valgyti) ir nustatyti maitinimo trukmę:
 - Krūtimi maitinami kūdikiai žindomi 6–8 kartus per parą, priklausomai nuo amžiaus. Jiems maitinimo trukmė ir dažnumas neribojami. Maitinimo metu mama turėtų girdėti kūdikio rijimą ir matyti žandikaulio judesius, o po maitinimo krūtys turėtų atrodyti mažesnės ir minkštesnės.
 - Kūdikių ir vyresnių vaikų, maitinamų kietu maistu, pagrindinio valgymo trukmė turi būti ne ilgesnė negu 30 min., o užkandžiavimo trukmė – ne ilgesnė negu 10–15 min. Vaiko maitinimas neturėtų užimti daugiau negu 4–6 valandas per dieną.
2. Enteriniu arba parenteriniu būdu maitinamiems vaikams gebėjimas pajusti alkį ir sotumą turi būti pradėti formuoti prieš pradėdant maitinti juos per burną. Rekomenduojama:
 - išaiškinti tėvams vaiko alkio ir sotumo signalus, mokyti tinkamai į juos reaguoti;
 - pritaikyti maitinimo aplinką, laikytis pastovaus maitinimo grafiko (maitinimo laiko ir trukmės);
 - maitinti vaiką kuo natūraliau (kuo panašiau į valgymą per burną): suteikti pojūčių burnai (duoti čiulptuką arba kitaip pastimuluoti), paslėpti nuo vaiko zondavimo

- priemonės (uždengiant), bendrauti su vaiku; pastebėjus sotumo požymius maitinimą nutraukti, daryti pertraukas tarp maitinimų;
- zondavimo metu suteikti vaikui galimybę stebėti kitų šeimos narių valgymą, tyrinėti (liesti, imti, uosti) maistą, o baigus zondavimą – maisto tyrinėjimą užbaigti;
3. Sudarant maitinimo rutiną atsižvelgti į individualius vaiko poreikius ir šeimos kultūrinius bei socialinius ypatumus (skirtingos šeimos turi įvairių socialinių lūkesčių, taisyklių ir idėjų apie vaikų maitinimą ir tinkamą elgesį jo metu).
 4. Prieš maitinimą gali būti naudojamos vaikui sužadinti skirtos strategijos (pervystymas, sauskelnių keitimas) arba vizualinės užuominos apie artėjantį maitinimą (rankų plovimas, stalo dengimas).
 5. Maitinimo metu vengiama pašalinių dirgiklių (triukšmo, ryškios šviesos, žaislų, ekranų).
 6. Vaikui sudaromos galimybės pamatyti, užuosti ir paliesti maistą.

4.5. Maitinimo aplinka

(rekomendacijų I klasė (6,21))

1. Maitinimo metu svarbu užtikrinti vaiko ir maitinančio asmens komfortą. Vaiko burnos jutimai, judesiai ir maitinimo kokybė priklauso nuo jo kūno padėties. Nepatogi padėtis ir (arba) kitoks diskomfortas gali varginti maitinantį asmenį, sukelti jam fizinį ir (arba) emocinį stresą. Pajutęs maitinančio asmens stresą vaikas gali interpretuoti jį kaip savo kaltę, susieti šią nemalonią patirtį su maitinimu.
2. Parinkti vaikui tinkamas maitinimo priemonės: indus, stalo įrankius, padėkliukus, staltiesę.
3. Parinkti tinkamus baldus vaikui ir jį maitinančiam asmeniui, tinkamai juos išdėstyti.
4. Pritaikyti jutiminę vaiko aplinką, vengti blaškančių dirgiklių. Kai kurie vaikai būna įpratę valgyti blaškančioje aplinkoje (pvz., prie įjungto televizoriaus arba žaisdami). Tada vaiko dėmesys būna sutelktas į pašalines veiklas, valgymas tampa automatiniu procesu, todėl vaikas nebesugeba valgyti valingai kai nėra įprastų dirgiklių. Tokius maitinimo įpročius rekomenduojama išgyvendinti, laipsniškai mažinant ir ilgainiui visiškai nutraukinat pašalinių dirgiklių buvimą.
5. Maitinant sensorinės integracijos sunkumų turinčius vaikus atsižvelgti į jutimines maisto savybes: maisto kvapą, lėkštėje pateikiamo maisto kiekį, spalvą, tekstūrą. Jeigu stebimi sensorinės integracijos sutrikimo požymiai, apsvarstyti ergoterapeuto konsultacijos ir specialių sensorinės integracijos sutrikimų gydymo metodų taikymo poreikį.

4.6. Bendravimas ir elgesys maitinimo metu

Tėvų ir kitų šeimos narių bendravimas, veiksmai ir reakcijos maitinimo metu turi didelį poveikį vaikų valgymo patirčiai, įpročiams ir elgesiui maitinimo metu.

Rekomendacijos dėl tinkamų vaiko ir maitinančiojo santykių sukūrimo / palaikymo (rekomendacijų I klasė (6,21))

1. Išaiškinti tėvams kokia svarbi ankstyvoji vaiko patirtis jo smegenų vystymuisi, raidai (įskaitant ir valgymo gebėjimus) ir kaip svarbu būti atidiems, jautriems ir reaguojantiems į vaiko emocijas ir norą bendrauti. Mokyti tėvus stebėti, suprasti ir tinkamai reaguoti į vaiko veiksmus ir reakcijas prieš maitinimą ir jo metu
2. Suprasti, kad tėvų gebėjimas suprasti ir tinkamai reaguoti į vaiko elgesį priklauso nuo emocinės tėvų būklės:
 - vaiko sveikatos sutrikimų (pvz., svorio neaugimo, elgesio, raidos sutrikimų) ir (arba) išorės veiksnių (pvz., streso darbe, nesutarimų su kitais) sukeltas stresas trukdo tėvams pastebėti ir tinkamai reaguoti į vaiko siunčiamus alkio ir sotumo signalus, patenkinti emocinius vaiko poreikius;
 - dėl VMS nerimaujantys tėvai gali forsuoti vaiko maitinimą, didindami maitinimo tempą, naudodami papildomas, dėmesį blaškančias, priemones (ekranus, žaislus), prievartinį maitinimą; tokie tėvai dažnai nepastebi mažų vaiko pasiekimų, todėl greitai nusivilia dėl nepakankamo VMS gydymo veiksmingumo;
 - tėvai, jaučiantys spaudimą dėl vaiko maitinimo neatitikimo priimtoms kultūrinėms ir socialinėms normoms, gali imtis priverstinio vaiko maitinimo, nesveikos mitybos ir vaikui netinkamo maisto parinkimo.

Svarbu į visa tai atsižvelgti ir apsvarstyti psichologinės pagalbos šeimai poreikį.
3. Kartu su tėvais nustatyti vaiko maitinimo tvarką / taisykles, kurias:
 - būtų priimtinos tėvams;
 - numatytų maitinimo proceso struktūrą (kada, kur ir kiek laiko bus maitinama);
 - leistų vaikui tyrinėti maistą;
 - būtų realiai įgyvendinamos.
4. Negalima maitinti vaiko per prievartą. Tėvų pareiga parinkti ką, kada ir kur vaikas valgys, o vaiko teisė – valgyti arba atsisakyti siūlomo maisto, reguliuoti suvalgomo maisto kiekį. Specialistai turi patarti tėvams:
 - pasitikėti vaiko apetitu, padėti jam suprasti alkio ir sotumo jausmą; idealiu atveju vaiką valgyti turi skatinti alkis;
 - leisti vaikui dalyvauti ruošiantis maitinimui: leisti pasirinkti sėdėjimo vietą, valgymo įrankius ir indus arba maisto pateikimo būdą (pvz., lėkštėje, dubenėlyje);
 - maitinti vaiką maistu, atitinkančiu vaiko jutiminiuosius poreikius, burnos judesius ir jutimus bei valgymo gebėjimus; didinti maisto racioną laipsniškai įvedant nebandyto maisto (keičiant vieną kurią maisto savybę, bet išliekant kitoms; pvz., pasiūlant kitą tos pačios spalvos ir formos produktą);
 - maitinimo metu skatinti (žodiniu pagyrimu arba kitaip) vaiką už sėkmę ir (arba) pastangas valgyti; atlygį už valgymą rekomenduojama naudoti trumpą laiką (ilgainiui būtina jo atsisakyti) ir tik mokantis naujų dalykų;
 - vaikams, kurie jautrūs skoniui, prisilietimui ir tekstūrai, leisti žaisti su maistu ir jį visaip tyrinėti („nešvarūs“ žaidimai su maistu) – žaidimas su maistu (nebijojimas jo liesti) yra teigiamas dalykas, todėl jis turėtų būti pripažintas kaip sėkmė gydant VMS;
 - nevalyti maisto nuo vaiko veido maitinimo metu – jautriam vaikui tai gali būti nemalonu, sukelti neigimą reakciją į valgymą ir maitinantį asmenį.

4.7. Maitinimo padėties parinkimas

(rekomendacijų I klasė) (6,38)

1. Sėdėjimo vietos ir kūno padėties parinkimas / pritaikymas laikomi viena iš svarbiausių VMS valdymo strategijų. Tinkama sėdėjimo padėtis padeda užtikrinti maitinimo saugumą, efektyvumą, valgymo gebėjimų raidą, suteikia teigiamos maitinimosi patirties. Kūdikiams stabili padėtis maitinimo metu reikalinga tinkamai čiulpimo-rijimo-kvėpavimo sekai palaikyti.
2. Svarbu suprasti, kad pėdų ir kojų padėtis veikia liemens stabilumą, o nuo liemens stabilumo priklauso kaklo ir galvos padėties kontrolę bei rankomis atliekamų veiksmų kokybę. Todėl privaloma įvertinti kūno padėtį visiems vaikams, kuriems:
 - sunku laikyti galvą vertikaliaje padėtyje;
 - stebima asimetriška kūno padėtis;
 - negeba sėdėti be papildomos atramos.

Vertinimo metu reikėtų atsakyti ar maitinimo metu:

- vaiko kūno padėtis simetriška?
 - vaikui reikalinga atrama / prilaikymas galvai ir liemeniui?
 - tinkama vaiko galvos padėtis?
 - vaiko dubens, liemens, galvos ir kaklo padėtis stabili ir yra vienoje linijoje?
 - vaiko pėdos ir kojos turi atramą?
 - gal vaikui reikalingas kitoks sėdėjimo kampas (kėdės atlošimas, pakreipimas)?
 - maitinantis asmuo yra tinkamoje padėtyje ir gali palaikyti akių kontaktą su vaiku?
 - reikia imtis kokių nors papildomų priemonių ir veiksmų maitinimo kokybei ir (arba) saugumui užtikrinti?
3. Maitinimo padėties parinkimo principai judesių ir padėties sutrikimą turintiems vaikams pateikiami 8 lentelėje. Tinkamai maitinimo padėčiai užtikrinti judėjimo ir padėties sutrikimą turintiems vaikams gali reikėti specialių pagalbinių priemonių. Todėl sunkų judėjimo sutrikimą turintiems vaikams rekomenduojama ergoterapeuto konsultacija pagalbinėms priemonėms parinkti ir pritaikyti. Vaikams, turintiems nedidelių laikysenos sutrikimų, gali pakakti paprastų buityje naudojamų priemonių – pavyzdžiui, į volelį susukto rankšluosčio ar puplasčio formų dubeniui arba liemeniui prilaikyti iš šono arba koreguoti sėdėjimo gylį.
 4. Parenkant / pritaikant kūdikio maitinimo padėtį svarbu atsižvelgti į šiuos aspektus:
 - padėtis turi būti patogi tėvams ir kūdikiui, kad nepavargtų;
 - būtina užtikrinti vaiko ir maitinančiojo artumą ir akių kontaktą net ir tuomet kai vaikas maitinamas enteriniu būdu;
 - maitinant kūdikius iš buteliuko arba krūtimi gali reikėti daugiau palaikymo negu vyresniems vaikams – galima naudoti specialią įrangą (pvz. „*Tumble Form*“ kėdutę) arba kūdikį suvystyti. Suvysčius kūdikis lengviau nulaiko galvą, liemenį ir kojas vidurio linijoje, bet gali perkaisti ir tapti mieguistu – tokiu atveju rekomenduojama vystyti tik viršutinę arba apatinę kūno dalį arba maitinti nevystytą, bet paguldžius ant šono (lengviau išlaikyti simetrišką padėtį ir kontroliuoti skysčio tėkmę bei kaupimą burnoje).
 5. Maitinti kietu maistu vaikus rekomenduojama prie bendro stalo su kitais šeimos nariais, kad maitinimas sietųsi su malonia patirtimi, bendravimu. Maitinti prie bendro stalo

rekomenduojama nepriklausomai nuo vaiko valgymo gebėjimų lygmens. Kūdikius ir (arba) laikyenos sutrikimą turinčius vaikus reikia sodinti į specialią kėdutę su aukštu atlošu, paminkštinimu, dėklu / staliuku ir reguliuojamu pasvirimo kampu.

9 lentelė. Padėties pritaikymas maitinimo metu vaikams, turintiems judesių ir padėties sutrikimą (6,21)

Atramos taškas	Aprašymas
Dubuo	Neutralioje padėtyje arba šiek tiek pasviręs į priekį, kampas tarp dubens ir šlaunų – 90°.
Pėdos	Stabiliai remiasi į kietą paviršių, kampas tarp pėdos ir blauzdos – 90°.
Liemuo	Liemuo neturi būti pasviręs į šoną. Jeigu neišlaiko jo vidurio linijoje – naudoti šonines atramas taisyklingai liemens padėčiai palaikyti. Taikant šonines atramas svarbu stebėti jų poveikį vaiko kvėpavimui.
Galva	Jeigu nenulaiko galvos vertikalioje padėtyje, būtina naudoti kėdutę arba vežimėlį su galvos atrama. Kuo vertikalesnė sėdėjimo padėtis, tuo didesnis krūvis tenka galvai ir kaklui, todėl atvertus kėdę atgal vaikui reikės mažiau pastangų galvai nulaikyti. Atverčiant kėdę turi išlikti 90° kampas tarp pėdų ir blauzdų bei tarp šlaunikaulio ir dubens (t. y. atverčiamas ne tik kėdės atlošas, bet ir sėdynė).
Porankiai	Būtini, nes suteikia atramą dilbiams ir alkūnėms, o liemeniui – stabilumo. Tai labai svarbu, kai vaikas mokosi valgyti savarankiškai.

4.8. Valgymo įgūdžių lavinimas (rekomendacijų I klasė) (6,17,21)

1. Valgymo įgūdžių lavinimo priemonės taikomos vaikams, kurių valgymo gebėjimų raida sutrikusi ir (arba) kurie niekada nėra valgę per burną ir (arba) vertinimo metu negeba valgyti per burną arba valgo minimaliai. Prieš priimant sprendimą dėl maitinimo per burną ir valgymo įgūdžių lavinimo svarbu išanalizuoti klinikinio vaiko maitinimo vertinimo duomenis – atsakyti į klausimus, susijusius su maitinimo saugumu, tinkamumu, efektyvumu, vaiko amžiumi ir maitinimosi patirtimi (3–7 lentelės).
2. Sprendimą dėl vaikų, kurių bendra būklė buvo / yra mediciniškai nestabili ir (arba) kurie nėra valgę per burną, turi priimti universitetinio VRSAR centro daugiadalys specialistų komanda.
3. Valgymo įgūdžių lavinimą atlieka logoterapeutas. Priklausomai nuo situacijos, gali būti įtraukiamas ergoterapeutas, dietistas, kineziterapeutas, slaugytoja ir psichologas. Į valgymo įgūdžių lavinimo programą būtina įtraukti vaiko tėvus, atsižvelgti į vaiko ir tėvų poreikius.
4. Valgymo įgūdžių lavinimas apima platų valgymo gebėjimų spektrą – nuo pirmųjų bandymų ragauti maistą iki maitinimo kelis kartus per dieną užtikrinant viso reikiamo energetinių medžiagų kiekio gavimą per burną. Pirmojo ragavimo per burną tikslas – suteikti teigiamos valgymo patirties, o ne suvartoti tam tikrą maisto kiekį.
5. Maitinimo būdas (žindymas, maitinimas iš buteliuko, kieto maisto įvedimas) priklauso nuo individualių vaiko gebėjimų ir poreikių.
6. Formuojant / lavinant valgymo įgūdžius svarbu užtikrinti kad vaikas jaustų alkį ir suvoktų kad artėja maitinimo laikas. Todėl reikalingas maitinimo režimas ir rutina (žr. 4.4. poskyrį).

7. Maitinimo saugumui užtikrinti būtina užtikrinti stabilią maitinimo padėtį (žr. 4.7 poskyrį) ir tinkamą aplinką (žr. 4.5. poskyrį). Viena iš sudėtinių VMS gydymo dalių yra vaiko mokymas / pratinimas išlaikyti simetrišką kūno padėtį ir kišti į burną rankas, daiktus ir maistą (vienas pagrindinių pasirengimo valgyti per burną požymių).
8. Maitinimo metu vengti dėmesį blaškančių garso, šviesos arba kitų dirgiklių. Jeigu vaikas maitinimo metu vangus ir (arba) mieguistas, galima sukurti budrumą skatinančią aplinką, parenkant optimalų aplinkos dirgiklių kiekį.
9. Jeigu maitinimo metu vaikas pavargsta, įvertinti ir koreguoti vaiko dienotvarkę sumažinant nuovargį sukeliančių veiklų kiekį ir trukmę.
10. Prieš maitinimą ir maitinimo metu suteikti vaikui galimybę matyti, užuosti ir pajusti maisto kvapą, jį liesti ir kitaip tyrinėti priklausomai nuo vaiko raidos etapo.
11. Jeigu vaikas maitinamas enteriniu būdu, maitinimo metu zondą ir (arba) kitas enterinio maitinimo priemones pridengti arba kitaip paslėpti, kad vaikas jų nematytų. Enterinio maitinimo metu rekomenduojama suteikti vaikui teigiamos jutiminės patirties (pvz., glostyti arba bučiuoti jo veidą, lūpas arba galvą, duoti paragauti maisto) – tokios kokią leidžia bendra vaiko būklė. Taip vaikas bus pratinamas sotumą sieti su burnos ir kita jutimine patirtimi, o ne su zonda arba kitomis enterinio maitinimo priemonėmis.
12. Vaiką maitinantys asmenys turi būti mokomi / skatinami palaikyti su vaiku akių ir fizinį kontaktą maitinimo metu nepriklausomai nuo vaiko maitinimo būdo (net jeigu vaikas maitinamas per zondą).
13. Vaiko maitinimosi gebėjimų formavimuisi svarbūs vaiko ir tėvų santykiai. Jeigu įtariama santykių problema, į VMS gydymo komandą įtraukiamas psichologas ir (arba) socialinis darbuotojas.
14. Vaikams, kurie turi burnos refleksų ir (arba) judesių sutrikimą, taikomos specifinės intervencijos valgymui reikalingiems burnos judesiams lavinti.
15. Vaikams, kurių burnos jutimai sutrikę (silpni arba perdėtai stiprūs) taikomos specifinės gydymo priemonės (žr. 4.9 poskyrį), skirtos normalizuoti burnos jautrumą ir formuoti tinkamą atsaką į maistą.
16. Lavėjant valgymo gebėjimams svarbu atnaujinti VMS gydymo planą. Tikėtina, kad valgymo įgūdžių lavinimas vyks lėtai, etapais. Būtina tai aptarti su tėvais, kad nesuformuoti nerealių lūkesčių.

4.9. Sensorinė integracija ir sensomotorinės intervencijos

Sprendžiant maitinimo problemas, susijusias su maitinimo saugumu, tinkamumu, efektyvumu, valgymo įgūdžių raida ir teigiamos valgymo patirties suteikimu, svarbu atsižvelgti į vaiko sensorinės integracijos ypatumus. Sensorinės integracijos sutrikimai gali nulemti:

- nepakankamą alkio ir sotumo pajautimą;
- netinkamą su maitinimu susijusios jutiminės informacijos apdorojimą – tam tikrą išvaizdą, skonį, tekstūrą, temperatūrą ar kvapą turintys maisto produktai vaikui gali būti nemalonūs, kelti baimę ir neigiamas reakcijas (mimikas, maisto spjaudymą, žiaukčiojimą ir (arba) vėmimą); tuomet vaikai valgo ribotą maisto produktų kiekį, sunku įsiūlyti anksčiau neragauto maisto;
- netinkamą (sumažėjusį arba perdėtą jautrumą arba jutiminių stimulų siekimą) su maistu nesusijusios sensorinės informacijos (vaizdų, kvapų, uoslės, propriocepcinės) apdorojimą; tuomet kitiems įprasta valgymo aplinka jau trū

vaiką gali blaškyti, kelti neigiamas emocijas ir nepageidaujamą elgesį maitinimo metu (verkimą, maisto mėtymą, siekį pabėgti iš maitinimo vietos); propriocepinių dirgiklių siekiančiam vaikui sunku nusėdėti, jis nuolatos juda, todėl jam sunku susikaupti ir aktyviai dalyvauti maitinimo procese.

Sensomotorinės intervencijos (rekomendacijų I klasė) (17)

1. Įtariant sensorinės integracijos sutrikimą rekomenduojama ergoterapeuto konsultacija ir sensorinės integracijos vertinimas. Nustačius sensorinės integracijos sutrikimų rekomenduojamos intervencijos ir aplinkos modifikacijos jam įveikti ir (arba) pasekmėms sumažinti. Būtina kruopščiai pritaikyti vaiko maitinimo aplinką, kad su maitinimu nesusiję aplinkos dirgikliai nekeltų jam diskomforto.
2. Kruopščiai parinkti maistą ir maitinimo priemones. Minimalūs gėrimų ir maisto pokyčiai (pvz., temperatūros, tirštumo) gali paveikti sensorinės integracijos sutrikimą turinčio vaiko maisto toleravimą (suvalgomo maisto kiekį, racioną) (9 lentelė).

9 lentelė. Sensorinės integracijos poveikis maitinimo procesui (17)

Jutimai	Teikiama informacija	Sąsaja su maitinimu
Lietimas	Kas yra karštas? šaltas? aštrus ir gali sužeisti? Koks maisto kiekis yra burnoje?	Šaukšto jutimas rankoje ir burnoje; maisto jutimas burnoje, ant veido, maisto tekstūra burnoje; pojūčiai kai kažkas nuvalo veidą, įdeda į burną maisto.
Rega	Kas vyksta aplinkui? Kaip atrodo aplinka? Kai kažkas ko nemėgstame artėja link mūsų – galima spėti pasitraukti, nususukti arba kitaip išvengti.	Suvokiamas maisto kiekis, forma, tekstūra, spalva ir kitos išvaizdos savybės, maisto ir įrankių išdėstymas lėkštėje ir ant stalo.
Klausa	Kas vyksta aplinkui?	Maisto traškumas ir kiti garsai girdimi kramtant, geriant. Maitinančio asmens kalba, instrukcijos.
Skonis	Kas yra skanu? Kas neskanu?	Sūraus, kartaus, saldaus, rūgštaus, aitraus skonio suvokimas.
Kvapapas	Malonus kvapas? Nemalonus?	Maisto kvapas padeda pasiruošti valgymui, pvz. kyla noras valgyti, pradeda skirtis seilės.
Kūno padėties (vestibulinis)	Kokia yra kūno padėti erdvėje? Kaip ji keičiasi?	Maitinimo metu sėdima ramiai, juda tik ranka nešanti maistą link burnos.
Gilieji jutimai (propriocepcija)	Ką daro mūsų raumenys, sausgyslės ir griaučiai (kokie judesiai atliekami)? Svarbu judesio kontrolei, sąnarių ir raiščių apsaugai.	Kramtymas, maisto sėmimas šaukštu ir nešimas į burną. Valgymas rankomis, informacija apie burnoje esančių daiktų / maisto savybes: kietumą, dydį, tąsumą, kibumą.

3. Vaikams, turintiems sensorinės integracijos sutrikimo nulemtą VMS (įskaitant autizmą turinčius vaikus) rekomenduojama taikyti Pozityvaus valgymo programą (angl. *Positive Eating Program, PEP*) (įrodymų lygmuo C) (39). Ją sudaro šie etapai:
 - maisto suvokimas – plečiamas vaiko žodynas susijęs su maistu (maisto produktų ir patiekalų pavadinimai, jų savybių įvardijimas, klasifikavimas, palyginimas, pasakojimai, dainos apie maistą);
 - sensoriniai žaidimai ne su maistu (purvu, dažais, moliu, kljais, sausomis kruopomis ir pan.);
 - sensoriniai žaidimai su maistu (galima kurti „meną“ iš maisto, žaisti derinant maistą ir nevalgomus dalykus);

- maisto bandymai – pradama nuo maisto tyrinėjimo (liesti, uosti, pabučiuoti, pridėti prie daiktų), kandžiojimo, atsikandimo ir palaikymo burnoje iki valgymo mažesnėmis ar didesnėmis porcijomis, maisto raciono išplėtimo.
4. Vaikams, turintiems burnos jutimų ir judesių sutrikimą (įskaitant ir vaikus, kuriuos planuojama pradėti maitinti per burną) taikomos sensomotorinės intervencijos. Jų tikslas – normalizuoti burnos refleksus, judesius ir jutimus. Valgymui reikalingi burnos judesiai skatinami ir stimuliuojami, o nevalingi ir (arba) nereikalingi burnos judesiai slopinami. Lygiagrečiai mažinamas padidėjęs burnos jautrumas (oralinis nujautrinimas), kad maisto kontaktas su burna nekeltų vaikui diskomforto.
 5. Kūdikiams VMS dažnai pasireiškia išnykus oraliniams naujagimio refleksams, todėl tėvai gali klaidingai manyti, kad vaiko maitinimas pradžioje buvo „normalus“ ir po to pablogėjo. Svarbu išaiškinti tėvams VMS priežastis ir natūralią jų raidą.
 6. Taikant sensomotorines intervencijas lavinamas lūpų suspaudimas (aplink šaukštą, puodelį), liežuvio judesiai, maisto boliuso valdymas, žandikaulio judesiai ir kramtymas. Jų taikymo tikslas:
 - pagerinti kramtymą ir rijimą;
 - palaikyti sensomotorinę burnos būklę, išvengti jos blogėjimo;
 - sukurti prielaidas perėjimui prie vaiko amžiui tinkamesnės dietos.
 7. Bendrieji burnos sensomotorinės intervencijos principai yra šie:
 - sensomotorinės intervencijos skirtos išimtinai su VMS susijusiems burnos judesių ir (arba) jutimų sutrikimams mažinti;
 - taikant intervencijas atsižvelgiama į burnos jutimų ir judesių raidą;
 - intervencijos taikomos prieš maitinimą;
 - nuoseklumas ir kartojimas;
 - pagrindinis intervencijų tikslas – lavinti valgymui ir rijimui reikalingų burnos judesių atlikimo greitį ir ištvermę.
 8. Kūdikiams rekomenduojamos taikyti sensomotorinės intervencijos pateikiamos 10 lentelėje. Jų taikymo principai:
 - intervencijos taikomos, kai kūdikis būna budrus ir ramus;
 - jeigu nustatomi sustiprėję jutimai burnos srityje, pirmiausia taikomas oralinis nujautrinimas;
 - jeigu kūdikiui iki 4 mėnesių nustatomas nepakankamas čiulpimas, rekomenduojama taikyti čiulpimo judesių formavimo metodus (mitybinį čiulpimą, sensomotorinę stimuliaciją, smakro ir (arba) žandų prilaikymą);
 - kūdikis laikomas tokiose padėtyje, kad jam būtų patogiu ranka pasiekti burną – tai skatina kumščio ar plaštakos laižymą, čiulpimą, stimuliuoja ieškojimo refleksą.
 - jeigu kūdikis maitinamas krūtimi, leidžiama kuo daugiau būti šalia apnuogintos krūties, tyrinėti, uosti;
 - jeigu kūdikis toleruoja, prieš maitinimą stimuliuojamas nemitybinis čiulpimas žinduku arba pirštu; tai padeda vaikui susieti sotumą su burnos pojūčiais, tačiau menkai paveikia mitybinį čiulpimą;
 - jeigu vaiko burna pernelyg jautri, burnos stimuliacija atliekama atsargiai, vengiant išprovokuoti žiaukčiojimo refleksą ir sukelti neigiamos maitinimosi patirties.

10 lentelė. Sensomotorinių burnos reakcijų gerinimas naujagimiams ir kūdikiams (17)

Sutrikimas	Intervencija
Nepakankama apatinio žandikaulio kontrolė arba žemas burnos raumenų tonusas	<ul style="list-style-type: none"> • Stabili atrama, simetriška kūno padėtis, kojos sulenktos per klubo sąnarius. • Žandikaulis ir (arba) žandai tvirtai, nepertraukiamai ir stabiliai prilaikomi ranka.
Apatinis žandikaulis juda per daug	<ul style="list-style-type: none"> • Stabili atrama, simetriška kūno padėtis, kojos sulenktos per klubo sąnarius. • Ranka prilaikyti žandikaulį ir riboti nereikalingus jo judesius.
Neužčiaupia burnos / skruostai menkai įsitraukia	<ul style="list-style-type: none"> • Stabili padėtis. • Nykščiu arba rodomuoju pirštu prilaikyti / pakelti apatinę lūpą / skruostus / apatinį žandikaulį – taip užčiaupti burną ir skatinti žandų įsitraukimą.
Liežuvis atitrauktas atgal	<ul style="list-style-type: none"> • Stabili atrama, simetriška kūno padėtis, pečiai kiek pastumti į priekį arba padėtis ant šono, nuožulniai pakėlus galvą. • Stimuliuoti ieškojimo refleksą provokuojant liežuvio iškišimą prieš maitinimą ir sensomotorinę burnos stimuliaciją. • Sukėlus ieškojimo refleksą, stimuliuoti NČ pirštu (pirštas kišamas vis giliau ir arčiau gomurio). • Stimuliuoti viršutinį liežuvio paviršių. Tinka judinimas, tapšnojimas, braukimas nuo šaknies į priekį. Stimuliacija atliekama tokio intensyvumu kokį vaikas toleruoja.
Liežuvio kaišiojimas / laikymas iškišus	<ul style="list-style-type: none"> • Stabili padėtis. • Tvirtai bakstelėjama arba paliečiama liežuvio vidurio linija, ja braukiama nuo liežuvio galo link šaknies. • Maitinant šaukšteliu, naudojamas tvirtas plastikinis šaukštelis. Spustelėti juo liežuvį ties viduriu tuo metu kai maistas nuslysta nuo šaukštelio. • Apatinė lūpa, skruostai arba žandikaulis prilaikomi nykščiu ir (arba) rodomuoju pirštu kad paskatintų burnos užčiaupimą. • Atsisakyti arba mažinti liežuvio iškišimą skatinančių priemonių (čiulptuko, snapelių) naudojimą.
Liežuvio neformuojamas „piltuvėlis“	<ul style="list-style-type: none"> • Prieš kiekvieną maitinimą stimuliuoti ieškojimo refleksą. • Sukėlus ieškojimo refleksą stimuliuoti NČ pirštu (pirštas kišamas vis giliau, išilgai gomurio). • Užbaigus NČ stimuliavimą, sulenkti pirštą ir prispausti juo liežuvį. • Lėtai pasukti pirštą taip, kad jo pagalvėlė būtų ant liežuvio, švelniai spaudžiant žemyn iš lėto traukti pirštą iš burnos.
Atpylinėjimas per nosį	<ul style="list-style-type: none"> • Taip gali būti dėl minkštojo gomurio disfunkciją. Būtina otolaringologo konsultacija.

Santrumpos: NČ – nemitybinis čiulpimas

9. Kad vaikas galėtų priimti ir toleruoti maistą burnoje valgydamas ir rydamas, svarbu normalus burnos jutiminės sistemos atsakas į dirginimą. Todėl prieš pradėdant vaiką maitinti per burną rekomenduojama taikyti oralinio nujautrinimo intervencijas. Jų taikymo dažnumas ir pobūdis parenkami individualiai priklausomai nuo vaiko būklės ir gydymo tikslų.

10. Oralinio nujautrinimo principai yra šie:

- sumažinama nemaloni burnos ir bendra jutiminė patirtis (pvz., gydomas gastroezofaginis refluksas, kiek galint rečiau keičiamas skrandžio zondas, atsiurbiamos sekretas iš kvėpavimo takų); rekomenduojama stengtis išlaikyti kuo ilgesnį laiko tarpą tarp vaikui nemalonių medicininių procedūrų ir maitinimo;

- kūno sritis apie burną ir burnos ertmė nujautrinama pirštu (naudojama vienkartinė pirštinė), čiuptuku arba tuščią buteliuku su žinduku; vyresniems vaikams naudojamas šaukštelis arba kitos burnos stimuliacijai tinkamos ir pagal VMS pobūdį parinktos priemonės;
- oralinis nujautrinimas pradedamas nuo toliau nuo burnos esančių sričių ir pamažu artėjama prie burnos ir į burną (t. y., nuo pečių link veido, lūpų, dantenų, liežuvio galo, liežuvio šonų, liežuvio priekio, vidurio, šaknies, gomurio);
- jeigu nujautrinimo metu pastebima kad procedūra tampa vaikui pernelyg nemaloni, grįžtama prie anksčiau stimuliuotos ir vaiko toleruojamos srities; taip daroma kiekvienos oralinės stimuliacijos sesijos metu, o kartojant šią procedūrą stimuliaciją toleruojanti sritis tampa vis didesnė;
- nujautrinimas atliekamas tvirtai ir nuosekliai spaudžiant pasirinktą sritį (švelnus glostymas netinka);
- oralinį jautrumą mažina aplinkos tyrinėjimas burna, todėl vaikas turi būti laikomas tokioje padėtyje, kurioje jam būtų patogiu burna tyrinėti (laižyti, čiulpti) rankas; svarbu skatinti visas malonias burnos lytėjimo patirtis pagal vaiko amžių (pvz., žaislų tyrinėjimą burna, vaiko bučiavimą, galvos ir veido glostymą, su veido lietimais susijusius žaidimus);
- vyresniems vaikams rekomenduojami vaidmenų žaidimai su netikru arba tikru maistu ir maisto įrankiais (pvz., arbatos vakarėliai, lėlių maitinimas, iškylos);
- vaikai skatinami žaisti netvarkingus žaidimus (angl. *messy play*) su maisto ir ne maisto produktais; pradedama nuo sausų ir kietų daiktų (pvz., nevirtų makaronų, plastikinių rutuliukų) ir laipsniškai pereinama prie minkštų, šlapių ir gličių daiktų bei produktų;
- sudaromos galimybės matyti, uosti ir liesti maistą, būti kartu su kitais žmonėmis, kai šie valgo (namuose, darželyje).

4.10. Rijimo palengvinimo metodai

(rekomendacijų I klasė) (17,38)

1. Rijimui palengvinti rekomenduojama naudoti šiuos metodus:

- lėtesnis maitinimo tempas
- (įrodymų lygmuo C);
- maisto tekstūros modifikavimas (įrodymų lygmuo C);
- maitinimo priemonių pritaikymas (įrodymų lygmuo C);
- rijimo pratimai (įrodymų lygmuo C).

Atskiroms valgymo problemoms skirti rijimo palengvinimo metodai pateikiami 11 lentelėje.

11 lentelė. Rijimo palengvinimo metodai kūdikiams * (17)

Sutrikimas	Tempas	Priemonės	Maisto tekstūra	Kūno padėtis	Pastabos
Silpnai suspaudžia / nenulaiko žinduko	Kompensacinis	Platesnis žindukas	Netaikoma	Stabili, simetriška (galima suvystyti)	Užtikrinti vaiko komfortą
Silpnas čiulpimas	Kompensacinis	Platesnis, lėtesnė tėkmės (minkštesnis, su didesne skylute) žindukas	Netaikoma	Stabili, simetriška (galima suvystyti)	Užtikrinti vaiko komfortą, stimuliuoti ir stiprinti NČ
Skysčio laikymas burnoje, ištekėjimas iš jos	Kompensacinis – koreguoti čiulpimo ir rijimo dažnį	Platesnis, lėtesnė tėkmės žindukas; jeigu čiulpimas stiprus – mažesnės tėkmės žindukas	Galima koreguoti pagal čiulpimo jėgą ir tempą	Vertikalesnė arba horizontali ant šono, simetriška	Užtikrinti vaiko komfortą; jeigu čiulpia lėtai, įvertinti aspiracijos riziką; sumažinti valgomo per burną maisto kiekį, didinti laipsniškai
Ilgai čiulpia – mažai suvalgo	Kompensacinis – palaikyti čiulpimo-rijimo-kvėpavimo seką	Lėtesnės tėkmės žindukas, speciali maitinimo įranga	Netaikoma	Vertikalesnė, simetriška	Stebėti išsvermę ir nuovargį
Trumpai čiulpia, atrūgsta, padidėjęs kvėpavimo dažnis ir deguonies poreikis	Kompensacinis – palaikyti čiulpimo-rijimo-kvėpavimo seką	Koreguoti maisto tėkmę parenkant žinduką	Galima sutirštinti priklausomai nuo čiulpimo jėgos	Vertikalesnė arba horizontali ant šono, simetriška	Stebėti išsvermę ir nuovargį
Poreikis palengvinti kvėpavimą	Kompensacinis – kvėpavimui palengvinti	Lėtesnės tėkmės žindukas	Galima sutirštinti priklausomai nuo rijimo kokybės ir IRVT rezultatų	Vertikalesnė arba horizontali ant šono, simetriška	Įvertinti aspiracijos riziką, sumažinti valgomo per burną maisto kiekį, didinti laipsniškai
Springimas ir kosėjimas	Kompensacinis – čiulpimo-rijimo-kvėpavimo sekai formuoti	Lėtesnės tėkmės žindukas	Sutirštinti arba kitaip modifikuoti priklausomai nuo IRVT rezultatų	Vertikalesnė arba horizontali ant šono, simetriška	Įvertinti aspiracijos riziką, sumažinti valgomo per burną maisto kiekį, didinti laipsniškai

*Šios strategijos gali būti modifikuotos ir taikomos vyresniems vaikams, turintiems burnos jutimų, judesių ir rijimo sutrikimų. Burnos stimuliavimo ir maisto tekstūros keitimo strategijos gali būti taikomos girdant puodelio (mokant gurkšnoti ir nuryti) ir maitinant kietu maistu (mokant kramtyti ir nuryti). Renkantis maitinimo priemones būtina atsižvelgti į vaiko raidą, burnos anatomiją, jutimus ir judesius, rijimo gebėjimus. Dauguma šių strategijų turi būti taikomos kartu su kūno padėties pritaikymu ir palaikymu. Skysčių tiršinimas gali būti naudingas, kai yra aspiracijos požymių, sunkiai kontroliuoja skystį burnoje ir yra pavėluoto / uždelsto rijimo požymių.

Santrumpos: IRVT – instrumentinis rijimo tyrimas; NČ – nemitybinis čiulpimas

2. **Lėtesnis maitinimo tempas** gali būti taikomas visiems vaikams, nepriklausomai nuo jų amžiaus ir maitinimo būdo, t. y. gali būti naudojami maitinant kūdikį krūtimi arba iš buteliuko, maitinant kūdikius ir vaikus šaukšteliu, girdant iš puoduko.
3. Maitinimo tempas lėtinamas sumažinant į burną patenkančios maisto ir (arba) skysčio kiekį ir (arba) ilginant laiko tarpą tarp kąsnių / gurkšnių.
4. Jeigu maitinimo metu maisto į burną patenka daugiau negu vaikas gali nuryti iš karto, ilginamos pertraukos tarp kąsnių / gurkšnių – nauja maisto porcija paduodama tik po to kai vaikas per 2–3 rijimus pilnai ištuština burnos ertmę.
5. Mažinant maitinimo tempą kūdikiui svarbu atsižvelgti į pieno tekėjimo iš krūties arba buteliuko tempą (svarbus maitinimo priemonių pasirinkimas!). Jeigu maisto į burną patenka daugiau negu kūdikis gali nuryti iš karto, ribojamas čiulpimų skaičius čiulpimo-rijimo-kvėpavimo sekoje. Tinkamo maitinimo tempo parinkimas padeda kūdikiui saugiai valgyti, koordinuoti čiulpimo-rijimo-kvėpavimo seką ir normaliai kvėpuoti.
6. Disfagiją turintiems vaikams rekomenduojamas **maisto tekstūros modifikavimas** ir laipsniškas pratinimas valgyti tirštesnį maistą, kad sumažėtų aspiracijos rizika ir būtų užtikrinta valgymo gebėjimų raida.
7. Maisto tekstūrai apibūdinti rekomenduojame naudoti Tarptautinės disfagijos dietos standartizavimo iniciatyvos (angl. *International Dysphagia Diet Standardization Initiative, IDDSI*) sukurtą klasifikaciją (40). Šios klasifikacijos naudojimas padeda parinkti tinkamą maisto tekstūrą ir užtikrinti laipsnišką perėjimą prie kieto maisto.
8. Kad palengvinti skysčio / -ių rijimą gali būti naudojami specialūs tirštikliai. Naudojant tirštiklius, būtina vadovautis gamintojo instrukcija. Prieš pradėdant naudoti tirštiklį vaikams iki 3 metų reikia pasitarti su gydytoju.
9. Svarbu ypač kruopščiai parinkti maisto tirštumą iš buteliuko maitinamiems kūdikiams. Tirštesnis skystis per žinduko skylutę teka lėčiau, čiulpimas reikalauja daugiau pastangų, tačiau iš tirštesnio skysčio lengviau suformuoti boliusą ir jį nuryti bei palaikyti tinkamą čiulpimo-rijimo-kvėpavimo seką, mažesnė skysčio išsiliejimo iš burnos ir (arba) ryklės bei aspiracijos rizika.
10. Pridėjus tirštiklio maistą jo tirštumas gali keistis priklausomai nuo maisto (skysčio) ir tirštiklio savybių, maisto temperatūros ir stovėjimo (po sumaišymo su tirštikliu) laiko. Būtina tai žinoti ir atsižvelgti ruošiant maistą ir mokant vaiką maitinančius asmenis.
11. Kad vaiko valgymo gebėjimai vystytųsi, būtina mokyti vaiką valgyti įvairios tekstūros maistą. Perėjimas prie tirštesnio maisto vykdomas laipsniškai ir atsargiai (aspiracijos rizika!). Prieš keičiant maisto tekstūrą būtina įvertinti vaiko pasirengimą. Vertinimo metu daugiausia dėmesio skiriama rijimo ir burnos jutimų vertinimui.
12. Pradėjus maitinti vaiką kitokios tekstūros maistu padidėja aspiracijos rizika. Būtina aptarti tai su tėvais ir (arba) kitais vaiką prižiūrinčiais asmenimis, išmokyti juos suteikti vaikui pirmąją pagalbą springimo atveju.
13. **Maitinimo priemonės pritaikomos** atsižvelgiant į vaiko amžių, burnos organų anatomiją, jutimus ir judesius, gebėjimą ryti, valgymo ir kitų sričių raidą. Tinkamai parinktos maitinimo priemonės (žindukai, puodeliai, šiaudeliai, šaukštai ir kt.) palengvina maitinimo ir valgymo procesą, todėl vaikas suvalgo daugiau maisto, sumažėja aspiracijos rizika.
14. **Rijimo pratimai** (speciali galvos, apatinio žandikaulio padėtis, apatinio žandikaulio, lūpų, skruostų prilaikymas / atrama, pratimai rijimui stiprinti) taikomi vyresniems

vaikams, neturintiems pažinimo funkcijų sutrikimo. Jų tikslas – mokyti atlikti rijimo judesius reikalinga seka ir (arba) stiprinti rijimo raumenis. Pratimų pavyzdžiai :

- Valingas stiprus rijimas – padeda sustiprinti liežuvio šaknies retrakciją ir spaudimą ryklinės rijimo fazės metu;
- Masako arba liežuvio laikymo pratimas – liežuvis laikomas tarp priekinių dantų kartu atliekant rijimo veiksmą (be maisto arba skysčio burnoje). Padidina užpakalinės ryklės sienelės poslinkį į priekį ryjant, todėl taikomas vaikams, kurie negali pajudinti liežuvio šaknies pilna amplitude.
- Mendelsono manevras – valingas gerklų pakėlimas ir užlaikymas ryjant (be maisto ir skysčio burnoje). Padidina gerklų judesio amplitudę, todėl taikomas nustacių maisto užsilaikymą ryklėje.
- Supraglotinis rijimas – balso klostės uždaromos valingai sulaikant kvėpavimą prieš rijimą ir jo metu. Skirtas apsaugoti kvėpavimo takams. Pradžioje pacientas mokomas šios strategijos be maisto ir skysčio burnoje, o ją įvaldęs skatinamas praktikuoti valgymo metu.
- Super-supraglotinis rijimas – balso klostės uždaromos valingai sulaikius kvėpavimą ir įtempus liežuvio bei gerklės raumenis ryjant. Skirtas apsaugoti kvėpavimo takus. Pradžioje praktikuojamas ryjant seiles, vėliau – maistą ir skysčius.

4.11. Trumpo liežuvio pasaitėlio (ankiloglosija) gydymas

(rekomendacijų I klasė) (17,41)

1. Jeigu nustatomas, kad trumpas liežuvio pasaitėlis trukdo vaikui žįsti, rekomenduojamas chirurginis gydymas (frenotomija). Prieš priimant sprendimą dėl chirurginio gydymo būtina įvertinti kitas galimas VMS priežastis.
2. Prieš priimant sprendimą dėl frenotomijos svarbu informuoti tėvus dėl galimų šio gydymo metodo komplikacijų: kraujavimo, infekcijos, liežuvio nervų, pažandinės seilių liaukos kanalo pažeidimo, pooperacinio rando susidarymo. Į informuoto sutikimo formą privalo būti įtrauktas punktas, kad frenotomija ne visada išsprendžia VMS priežastis, todėl gali reikėti papildomų VMS gydymo metodų.

4.12. Maitinimo krūtimi pradžia

(rekomendacijų I klasė) (17,21)

1. VMS turinčių kūdikių pasirengimą valgyti iš krūties vertina ir sprendimą priima VMS specialistų komanda. Pradedant maitinti krūtimi mamai padeda logoterapeutas kartu su kitais VMS komandos nariais ir (arba) žindymo konsultantė. Vėliau padėti gali akušerė arba slaugytoja.
2. Prieš maitinimą skatinamas fizinis mamos ir vaiko kontaktas – kūdikis guldomas ant mamos pilvo arba šalia. Kūdikis skatinamas tyrinėti (uosti, laižyti, liesti) krūtį. Tai stimuliuoja kūdikio ieškojimo ir čiulpimo refleksus, reikalingus maitinimui.
3. Jeigu pieno tėkmė iš krūties stipri, galima sumažinti tėkmę prieš maitinimą nutraukiant iš krūties dalį pieno. Taip kūdikiui tampa lengviau susidoroti su pieno srove. Gerėjant kūdikio valgymo gebėjimams pieno nutraukimo prieš maitinimą laipsniškai atsisakoma.
4. Išbandyti kelias skirtingas maitinimo padėtis ir rasti vaikui bei mamai priimtinausią.

5. Mokant kūdikį maitintis iš krūties leidžiama atlikti 3–4 čiulpimo judesius stebint čiulpimo-rijimo-kvėpavimo seką. Jeigu čiulpimo-rijimo-kvėpavimo sekos kontrolė nepakankama, daroma pertrauka. Jos metu kūdikis nuimamas nuo krūties.
6. Maitinimo krūtimi metu kylančios problemos ir jų sprendimo būdai pateikiami 12 lentelėje.

4.13. Maitinimo iš buteliuko pradžia

(rekomendacijų I klasei) (17,21,42)

1. VMS turinčių kūdikių pasirengimą valgyti iš buteliuko vertina ir sprendimą maitinti priima VMS specialistų komanda. Pagalbą mamai pradedant kūdikio maitinimą teikia logoterapeutas kartu su kitais VMS komandos nariais. Vėliau ją gali teikti akušerė,] arba slaugytoja.
2. Valgyti iš buteliuko kūdikis mokomas keliais etapais:
 - Mamos pieno arba pieno mišinio lašas užlašinamas ant kūdikio lūpos enterinio maitinimo metu. Taip sukliamas noras valgyti, maisto skonis susiejamas su sotumo jausmu.
 - Duodamas didesnis maisto kiekis (~ 0,1 ml) lašinant jį ant lūpos, maitintojo piršto, čiulptuko.
 - Mokomas čiulpti maistą per žinduką. Pradžioje naudojamas žindukas su maža skylute, kad skysčio tėkmė būtų nedidelė. Mokymo metu leidžiama atlikti 3–4 čiulpimo judesius (žindukas būna pilnas pieno), po to žindukas palenkiamas žemyn neištraukiant jo iš burnos – pienas suteka iš žinduko atgal į buteliuką, o kūdikis pailsi ir ramiai įkvėpia. Sulaukus kūdikio iniciatyvos žįsti mokymas kartojamas ta pačia seka.
 - Mokant kūdikį žįsti negalima sukinėti ar kitaip judinti žinduko, naudoti čiulptuką ir (arba) kitaip stimuliuoti su maitinimu nesusijusį čiulpimą (angl. *non-nutritive sucking*).
 - Burnos uždarymui palengvinti ir (arba) čiulpimo veiksmingumui padidinti galima prilaikyti kūdikio skruostus ir smakrą maitinimo metu. Tada lūpos sandariau užspaudžia žinduką, kūdikis gauna daugiau su maitinimu susijusios jutiminės patirties, skatinamas intensyviau čiulpti.
3. Maitinimo iš buteliuko metu kylančios problemos ir jų sprendimo būdai pateikiami 12 lentelėje.

12 lentelė. Kūdikių maitinimo iš krūties ir (arba) buteliuko problemos ir jų sprendimo būdai (17)

Problema	Požymiai	Sprendimo būdai maitinant krūtimi	Sprendimo būdai maitinant iš buteliuko
Intensyvus pieno / mišinio srautas	Springimas, gurkšnojimas, pieno tekėjimas iš burnos, kosėjimas, krūties spenelio ištraukinėjimas iš burnos, šlapias, gargiantis kūdikio balsas	<ul style="list-style-type: none"> Maitinti vaiką atsilošus arba maitinimo metu laikyti apglėbus kaip kamuolį (angl. <i>football hold</i>) Prieš maitinimą nutraukti dalį pieno iš krūties 	<ul style="list-style-type: none"> Naudoti žinduką su mažesne skylute Suvystyti kūdikį Laikyti kūdikį arčiau savęs Kūdikio padėtis – ant šono, nuožulni ir stabili
Netinkamas žindymo tempas	Čiulpimas be ritmiškų įkvėpimo pertraukų, apnėjos epizodai, gurkšnojimas, pieno tekėjimas iš burnos	<ul style="list-style-type: none"> Reguluoti ritmą atitraukiant kūdikį nuo krūties, o šiam nurimus ir pakvėpavus tęsti maitinimą 	<ul style="list-style-type: none"> Reguluoti ritmą ištraukiant žinduką iš burnos arba palenkiant žemyn neištraukus, o kūdikiui nurimus ir pakvėpavus tęsti maitinimą Naudoti žinduką su mažesne skylute Laikyti kūdikį arčiau savęs Kūdikio padėtis – ant šono, nuožulni ir stabili
Prastas spenelio / žinduko fiksavimas burnoje	Pienas liejasi iš burnos, burna ties speneliu neužsandarinima, čepsėjimo garsas čiulpiant, spenelis burnoje nepakankamai giliai (burnoje tik spenelis, neapžiojęs krūties), dažnai ištraukinėja spenelį, kūdikis neramus, mama jaučia spenelio skausmą ar diskomfortą	<ul style="list-style-type: none"> Krūtis formuojama rankomis, kad kūdikis daugiau jos apžiotų ir geriau fiksuotų spenelį Išbandyti kelias skirtingas maitinimo padėtis ieškant tinkamiausios Pradedant maitinti spenelis nukreipiamas link kūdikio nosies, kad kuo plačiau išsižiotų. Kai kūdikis plačiai išsižioja leidžiama spenelį paimti. 	<ul style="list-style-type: none"> Tinkama padėtis maitinimo metu (kaip nurodyta aukščiau) Didesnis žindukas
Į burna patenka nepakankamai pieno	Kūdikis neramus, dažnai ištraukinėja spenelį iš burnos, mažai arba iš vis nestebima rijimo epizodų, bala lūpos, nepakankamai auga svoris, silpnėja laktacija, nebenori imti žinduko arba krūties	<ul style="list-style-type: none"> Maitinimo metu mama ir kūdikis turi būti ramūs Mamai ir kūdikiui tinkama maitinimo padėtis (kaip nurodyta aukščiau) Pieno tėkmę galima sustiprinti spaudžiančiu judesių skatinant pieno tekėjimą link spenelio ir stipriau suspaudžiant kūdikiui čiulpiant Įvertinti ar krūtyse yra pakankamai pieno 	<ul style="list-style-type: none"> Tinkama padėtis maitinimo metu (kaip nurodyta aukščiau) Didesnis žindukas

4.14. Maitinimo kietu maistu pradžia

(rekomendacijų I klasė) (17,21)

1. Valgyti kietą maistą vaikai mokomi keliais etapais:
 - Pasiūloma vaikui žaisti (tyrinėti) su maistu tuo metu kai jis yra maitinamas enteriniu būdu.
 - Mažas maisto tyrės kiekis uždedamas vaikui ant lūpos (skatinama laižyti, ragauti maistą), kai jis yra maitinamas enteriniu būdu.
 - Siūloma maisto įvairiais būdais – šaukšteliu, pirštu.
2. Pradėjęs valgyti kietą maistą vaikas nedelsiant pratinamas prie įvairios tekstūros ir skonio maisto, kad sumažėtų / būtų išvengta netinkamų mitybos įpročių formavimosi, padidinto burnos jautrumo, maisto netoleravimo / didelio išrankumo maistui. Kai vaikas įpranta valgyti įvairios tekstūros maistą, pereinama prie maisto su gumulėliais. Jeigu kyla problemų pratinantis prie naujos tekstūros maisto ir (arba) maisto su gumulėliais, reikalinga logoterapeuto konsultacija.
3. Tuo metu, kai vaikas pradeda valgyti jam neįprastos tekstūros maistą, būtina suaugusiojo priežiūra valgio metu.

4.15. Enterinė (nazogastrinė arba gastrostominė) mityba

(rekomendacijų I klasė) (42–44)

1. Enterinė mityba skiriama, jeigu nustatoma, kad:
 - valgymas per burną yra nesaugus;
 - maitinant per burną neužtikrinamas maisto medžiagų poreikis;
 - sutrikęs maisto įsisavinimas žarnyne.
 2. Nepakankamo maisto suvartojimo per burną priežastys:
 - padidėjęs maistinių medžiagų poreikis (pvz., dėl cistinės fibrozės, plaučių, širdies liga, inkstų ligų, infekcijos, operacinio gydymo, nudegimų, traumų, nepakankamos mitybos);
 - sutrikusi vaiko raida (pvz., dėl neišnešiotumo, nervų sistemos ligų);
 - elgesio problemos (pvz., atsisakymas valgyti, išrankumas maistui);
 - anatomiciniai burnos organų pakitimai (pvz., dėl auglių, nudegimų, apsigimimų);
- Indikacijos enteriniam maitinimui dėl neužtikrinamo maisto medžiagų poreikio:
- nepavyksta suvalgyti > 60–80 % reikiamo maisto kiekio > 10 dienų; tokiu atveju rekomenduojama apsispręsti dėl enterinio vaiko (vyresnio negu vienu metų) maitinimo per 5 dienas, o kūdikio – per 3 dienas;
 - sunkią kompleksinę negalią turinčio vaiko maitinimas užima > 4–6 valandų per parą;
 - nustatomas nepakankamas ūgio ir svorio augimas, trunkantis:
 - vaikams iki 2 metų > 1 mėn.;
 - vyresniems negu 2 metų vaikams > 3 mėn.
 - odos raukšlė virš trigalvio žasto raumens < 5 procentilių.

3. Nesaugaus maitinimo (nepakankamos kvėpavimo takų apsaugos, aspiracijos) priežastys gali būti anatominiai burnos defektai, baso stygų paralyžius, raidos sutrikimas ir įvairios nervų sistemos ligos.
4. Sutrikęs maisto įsisavinimas žarnyne gali būti dėl trumpos žarnos sindromo, Krono ligos, kasos nepakankamumo ir kitų virškinimo sistemos ligų.

4.16. Perėjimas nuo enterinio (nazogastrinio arba gastrostominio) prie oralinio maitinimo

(rekomendacijų I klasė) (17,42,45)

1. Galimybė pereiti nuo enterinio maitinimo prie oralinio svarstoma nuo pat enterinio maitinimo pradžios. Enterinis maitinimas neturi būti naudojamas ilgiau negu būtina.
2. Prieš pradėdant maitinti per burną, svarbu įvertinti ne tik vaiko, bet ir šeimos pasirengimą. Veiksniai, į kuriuos reikia atsižvelgti prieš mažinant enterinio maisto kiekį:
 - daugiadalykės specialistų komandos prieinamumas;
 - vaiko sveikatos būklė;
 - enterinio maitinimo tipas (zondas, gastrostoma);
 - biologinis vaiko amžius, burnos judesiai ir jutimai, sensorinės integracijos ypatumai;
 - vaiko gebėjimas gerti skysčius – nustatyti minimalų privalomą paros skysčių kiekį, apsvastyti enterinio skysčių skyrimo poreikį;
 - vaiko svoris – mokantis valgyti per burną vaiko svoris gali nukristi, todėl reikia nustatyti svorio kritimo ribą (svorio kritimo tempo ir bendro svorio kritimo), kuri nebus leista viršyti;
 - vaiko budrumas ir energingumas dienos metu ir jų sąsaja su vaistais bei papildomo maisto poreikiu;
 - šeimos gebėjimas vykdyti specialistų rekomendacijas.
3. Svarbu suprasti ir aptarti su tėvais, kad kiekvieno vaiko perėjimas prie oralinio maitinimo yra skirtingas. Būtina išsikelti realius ir išmatuojamus tikslus bei kantriai jų siekti.
4. Perėjimo prie enterinio maitinimo tikslus ir strategiją nustato daugiadalykė VMS specialistų komanda kartu su vaiko tėvais / globėjais. Nebūtinai pagrindinis tikslas turi būti visiškas enterinio maitinimo nutraukimas. Dalis vaikų prie oralinės mitybos pereina lėtai per daugelį metų. Pasiekimu gali būti laikomas dalinis perėjimas prie oralinės mitybos. Perėjimo apimtis priklauso nuo vaiko sveikatos būklės, diagnozės, specialistų ir šeimos bendradarbiavimo. Nei vaikui, nei šeimai negali būti taikomas spaudimas dėl pasiekimo apimties. Svarbu pastebėti ir atkreipti dėmesį net į mažiausią gydymo sėkmę.
5. Būtina sąlyga enterinio maitinimo pradžiai – pakankamas enterinio maitinimo ir oralinio maitinimo aplinkos toleravimas (vaikas stebi kitus valgant, tyrinėja maistą ir maitinimo priemones). Jeigu šios sąlygos tenkinamos – taikomos burnos nujautrinimo strategijos (žr. skyrių „Sensomotorinės intervencijos“), kad būtų parengtos valgymui burnos judesių ir jutimų sistemos.
6. Kartu su burnos nujautrinimo strategijomis taikomos šios VMS gydymo priemonės:
 - maitinimo režimo nustatymas ir laikymasis (oralinio maitinimo laikas derinimas su enterinio maitinimo laiku; nuolatinio maitinimo grafikas keičiamas į maitinimą su

- pertraukomis; vaikas maitinamas per burną prieš enterinį maitinimą; žr. skyrių „Maitinimosi rutina“);
- tinkamos maitinimo aplinkos sukūrimas (žr. skyrių „Maitinimo aplinka“);
 - sotumo ir alkio pojūčio formavimas (žr. skyrių „Maitinimo rutina“).
7. Idealaus modelio, tinkamo perėjimui prie visiško maitinimo per burną nėra. Tinkamiausiu laikomas Graz enterinio maitinimo atsisakymo modelis (vok. *Graz Sondentwöhnung*) (įrodymų lygmuo C) (46,47):
8. Specifiniai perėjimo nuo enterinio prie oralinio maitinimo aspektai:
- Alkio provokavimas. Enteriniu būdu maitinami vaikai dažnai nežino alkio ir sotumo jausmo, nesupranta jų sąsajos su maistu, todėl turi būti mokomi atpažinti alkį ir sotumą bei susieti juos su maitinimu:
 - Daliai vaikų stipresnis alkio provokavimas (ilgos nevalgymo pertraukos) pagerina apetitą ir suvalgomo per burną maisto kiekį, kitiems, atvirkščiai, ilgas nevalgymas sukelia energijos stoką, apetito neteikimą, svorio kritimą ir dehidrataciją.
 - Galimi 2 maitinimo režimai: maitinimas su pertraukomis dienos metu, derinant oralinį ir enterinį maitinimą arba oralinis maitinimas pagal grafiką dieną ir pastovus enterinis maitinimas naktį (jeigu per burną suvartojamas < 60 % reikiamo maisto kiekio). Ekspertai nesutaria kuris režimas geresnis.
 - Apetitą gerinančių vaistų veiksmingumas pereinant prie enterinės mitybos neįrodytas (48,49).
 - Valgymo įgūdžių formavimas: maisto tyrinėjimas, sensoriniai žaidimai ir žaidimas su maistu („purvini“ žaidimai), siužetiniai žaidimai maisto tema. Šios strategijos pagerina burnos judesius ir jutimus, pratina vaiką prie maisto.
 - Maisto pripažinimas. Maistas turi tapti vaiko aplinkos dalimi (turi matyti kaip maistas gaminamas, perkamas, dengiamas stalas, valgoma ir pan.); svarbu, kad matytų įvairų maistą.
 - Streso mažinimas:
 - sukurti aplinką, kurioje nebūtų streso, sumažėtų nerimas, o valgymas (vaiko, šeimos narių) sietųsi su teigiamomis emocijomis;
 - naudoti socialinį modeliavimą (šeimos valgymo, vaikų susibūrimų metu);
 - pasiūlyti vaikui įvairių maisto produktų (priklausomai nuo raidos etapo), leisti rinktis iš kelių variantų.
 - Tėvų mokymas atpažinti ir reaguoti į vaiko siunčiamus signalus, paskatinti vaiką už sėkmę, nemaitinti vaiko per prievartą.
9. Perėjimo metu ir nutraukus enterinį maitinimą, rekomenduojama atlikti rijimo, maitinimo įgūdžių, mitybos, augimo, hidratacijos ir kvėpavimo būklės vertinimus, reguliariais juos kartoti. Rekomenduojama sudaryti vaiko stebėjimo planą ir jo laikytis.
10. Enterinis maitinimas nutraukiamas kai:
- vaikas mažiausiai tris dienas iš eilės suvalgo ne mažiau 75 % reikiamo maisto kiekio;
 - 75 % ir daugiau mitybos poreikio patenkinama valgant per burną tris dienas iš eilės.

11. Gastrostoma pašalinama, jeigu vaiko būklė yra stabili ir vaikas geba saugiai per burną suvalgyti pakankamai maisto. Planuojant gastrostomos šalinimą rekomenduojama numatyti veiksmų planą tam atvejui, jeigu pašalinus gastrostomą tektų grįžti prie enterinio maitinimo.

5. Metodinio dokumento diegimo ir auditavimo aprašas

5.1. Metodinio dokumento diegimo aprašas

1. VRSAR tarnyba, siekianti įsidiesti Vaikų maitinimo sutrikimų diagnostikos ir gydymo metodinį dokumentą privalo atitikti Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, parašymo ir teikimo reikalavimų“ (nauja redakcija nuo 2018 m. vasario 8 d. Nr. V-150) nuostatas.
2. Mokymai, reikalingi diegiant ir palaikant metodinį dokumentą, bus vykdomi pagal projektą "Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas psichikos, elgesio ar raidos sutrikimų turintiems bei rizikos grupių vaikams" lėšomis, finansuojamą Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšomis.
3. Baigę mokymus VRSAR darbą koordinuojantis gydytojas kartu su daugiadalykės komandos specialistais parengia savo įstaigos VMS diagnostikos ir gydymo protokolą, VMS diagnostikos formas, VMS gydymo plano formą. Protokoliai ir formos tvirtinami gydymo įstaigos nustatyta diagnostikos ir gydymo protokolų tvirtinimo tvarka.
4. Metodinio dokumento įdiegimo VRSAR tarnyboje kokybės vertinimo rodikliai pateikiami 7 lentelėje. Rekomenduojame juos vertinti kartą per metus. Už kokybės vertinimą atsako VRSAR darbą koordinuojantis gydytojas arba kitas ASP įstaigos deleguotas asmuo. Atlikus vertinimą pildomas kokybės vertinimo protokolas, o kokybės vertinimo rezultatai aptariami VMS daugiadalykės specialistų komandos susirinkime.
5. VMS turinčių vaikų įstatyminių atstovų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis vertinami taip kaip ir kitas VRSAR paslaugas gaunančių vaikų įstatyminių atstovų pasitenkinimas ir atskirai neanalizuojamas. VRSAR paslaugas gaunančių vaikų įstatyminių atstovų apklausa (anketos), jos organizavimas ir vertinimas atliekami teisės aktų nustatyta tvarka.
6. Rekomenduojama atnaujinti šį metodinį dokumentą kas 5 metai. Metodikos atnaujinimą nacionaliniu mastu inicijuoja LR Sveikatos apsaugos ministerija arba profesinės organizacijos. Jeigu neatliekamas metodikos atnaujinimas nacionaliniu mastu, VMS gal Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymo Nr. V-395 „Dėl Diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir jų taikymo priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (nauja redakcija nuo 2020 m. birželio 29 d. Nr. V-1567) nuostatas.

7 lentelė. Vaikų maitinimo sutrikimų gydymo paslaugų kokybės vertinimo rodikliai

Rodiklio pavadinimas	Rodiklio aprašymas	Rodiklio siektina reikšmė
Laikotarpis nuo pirmojo vizito pas VRSAR gydytoją iki VMS vertinimo ir gydymo plano sudarymo	Paciento, kuris buvo nukreiptas dėl VMS, laukimo laikas nuo pirmojo apsilankymo pas VRSAR gydytoją dienos iki specialistų komandos susirinkimo, kuriame su įstatyminiu paciento atstovu / -ais buvo aptarti vaiko būklės vertinimo duomenys ir sudarytas tolesnis vaiko ištyrimo bei gydymo planas (pateikiami duomenys apie trumpiausią, ilgiausią ir vidutinį laukimo laiką per metus).	Kūdikiams – 1 sav. 1–7 metų vaikams – 2 sav.
VMS turinčio vaiko funkcinės būklės vertinimo, stebėjimo ir gydymo taktiką parenka ir planą sudaro daugiadalykė specialistų komanda	Komandą sudaro vaikų gydytojas, logoterapeutas, ergoterapeutas, kineziterapeutas, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas ir slaugytoja. Vienas logoterapeutų turi mažiausiai 3 metų darbo patirtį VMS diagnostikos ir gydymo srityje. Yra galimybė (pagal poreikį) į komandos sudėtį įtraukti įstaigos vaikų ir paauglių psichiatrą, otorinolaringologą, dietologą, vaikų kardiologą, vaikų pulmonologą, vaikų gastroenterologą.	100 proc.
Sudaromas ir reguliariai peržiūrimas VMS turinčio vaiko gydymo planas	Kūdikiams atnaujinamas ne rečiau negu kas 1 mėnesį; vyresniems vaikams pirmuosius metus po diagnozės nustatymo – ne rečiau negu kas 6 mėn. (t. y. nustačius diagnozę, po 6 mėn. ir po 12 mėn.). Vėliau planas atnaujinamas ne rečiau negu 12 mėn.	100 proc.
Galimybė atlikti instrumentinius rijimo tyrimus	Galimybė atlikti VFSS ir (arba) FEES	100 proc.
Pildomos įstaigos vadovo patvirtintos VMS rizikos vertinimo ir diagnostikos, gydymo plano formos	Rizikos vertinimo ir diagnostikos formose naudojamos moksliskai įrodytos ir šiose metodikoje rekomenduojamos naudoti VMS ir rijimo rizikos vertinimo ir diagnostikos formos. VMS gydymo plane numatytas gydymo tikslų formulavimas, tikslo pasiekimo vertinimo laikas ir vertinimo priemonės.	100 proc.
Pacientų įstatyminių atstovų skundai teikiamomis paslaugomis	ASP ir kitoms institucijoms dėl VMS diagnostikos ir gydymo ASP paslaugų nagrinėtų pacientų skundų ir pagrįstų skundų skaičiaus santykis (sk.)	Nulis pagrįstų skundų

Santrumpos: ASP – asmens sveikatos priežiūra; FEES – fibrooptinis endoskopinis rijimo tyrimas (angl. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing); VFSS – videofluoroskopinis rijimo tyrimas (angl. Videofluoroscopic Swallowing study); VMS – vaikų valgymo sutrikimai; VRSAR – vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija;

5.2. Metodinio dokumento auditavimo aprašas

1. Praėjus 12 mėnesių po metodikos įdiegimo ir po to kas 2 metus atliekamas įdiegto metodinio dokumento veiksmingumo auditas. Audito uždavinys – įvertinti VMS turinčių vaikų diagnostinio vertinimo kokybę ir gydymo bei stebėjimo užtikrinimą.
2. Audito metu naudojami informacijos šaltiniai – įrašai ESPBI IS ir (arba) ASP įstaigos informacinėse sistemose, pokalbis su VRSAR gydytojų ir specialistų komanda. Patikrinama ne mažiau 5 atsitiktinai atrinktu VMS turinčių vaikų medicininiai įrašai, susiję su VMS diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimu. Jeigu įstaigoje buvo gydomi mažiau negu 5 VMS turintys vaikai, patikrinami visų jų medicininiai įrašai.
3. Vertinami VMS rizikos nustatymo ir (arba) diagnostikos protokolai, individualūs gydymo planai, VMS turinčių vaikų stebėjimo ir gydymo taktika.
4. Metodikų taikymo veiksmingumo kriterijai:
 - Naudojamos įstaigos patvirtintos funkcinės būklės vertinimo formos, taikomi moksliniais tyrimai įrodyti VMS diagnostikos ir gydymo metodai taip kaip numatyta metodikoje;
 - Sudaromi individualūs VMS gydymo planai, jie reguliariai atnaujinami; atnaujinant individualius gydymo planus kartojamas maitinimo ir (arba) rijimo vertinimas.
 - Stebėjimas ir gydymas yra tęstinis, VMS turintys vaikas reguliariai lankosi VRSAR tarnyboje (pagal individualų planą).
5. Auditą vykdo atitinkamos įstaigos vidaus audito skyrius. Auditorių parinkimas, audito nešališkumo užtikrinimas, audito rezultatų aptarimas su įstaigos administracija ir VRSAR darbuotojai, audito dokumentų pildymas ir saugojimas vykdomi pagal įstaigos vadovo patvirtintą bendrą Įstaigos vidaus medicininio audito atlikimo ir ataskaitų rengimo tvarką.
6. Metodikos veiksmingumą nacionaliniu mastu galima įvertinti ESPBI IS ir (arba) SVEIDROS sistemose analizuojant:
 - VMS (TLK-10-AM kodai R63.4, R63.6, F98.2, P92.5, P92.8, R13) turinčių gydomų VRSAR tarnybose skaičių;
 - 0–7 metų vaikų gydymo paslaugų suvestinę:
 - Konsultavimų arba mokymo dėl mitybos arba dietos (ACHI sisteminių intervencijų sąrašo kodas – 96067-00) skaičių;
 - Mitybos arba dietos vertinimų (ACHI sisteminių intervencijų sąrašo kodas – 96026-00) skaičių.
 - VMS (TLK-10-AM kodai R63.4, R63.6, F98.2, R13) turinčių vaikų stebėjimą ir gydymą VRSAR tarnybose: nustačius VMS teikiamos VRSAR dienos stacionaro arba stacionaro paslaugos, vėliau – stebėjimas (išplėstinės VRSAR specialistų konsultacijos ne rečiau kas 6 mėn.

Dėl metodinio dokumento taikymo galima konsultuotis su gydytoja vaikų neurologe dr. Indrė Bakanienė, el. paštas indre.bakaniene@kaunoklinikos.lt

6. Literatūros aprašymas

Metodiniam dokumentui rengti atlikta sisteminė literatūros paieška biomedicinos mokslų duomenų bazėse MEDLINE, *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)*, *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)*, PsychINFO. Naudota tarptautinė PICO (populiacija, intervencija, kontrolinė grupė (angl. *controls*) ir rezultatas (angl. *outcome*) paieškos strategija pagal pasirinktus raktinius žodžius. Kitose šalyse patvirtintų VMS diagnostikos ir gydymo rekomendacijų ieškota profesinių organizacijų tinklapiuose, duomenų bazėse Google Mokslinčius (angl. *Google Scholar*), *UpToDate* ir *ClinicalKey* sistemose, internetiniuose puslapiuose *US National Guidelines Clearinghouse*, *UK NICE guidance*. Paieška atlikta 2021 m. gegužės mėnesį.

Naudoti literatūros šaltiniai pateikti literatūros sąrašė. Intervencinių tyrimų kokybei vertinti naudota Amerikos cerebrinio paralyžiaus ir raidos medicinos akademijos (angl. *American Academy of Cerebral Palsy and Developmental Medicine, AACPDM*) tyrimų kokybės vertinimo sistema⁶⁸. Rengiant metodiką remtasi naudoti tyrimais, kurie surinko teigiamus vertinimus atsakant į 5 ir daugiau kokybės klausimų. Tyrimai, kurie surinko mažiau negu 5 teigiamus vertinimus (menkos kokybės tyrimai) į apžvalgą įtraukti nebuvo. Mokslinių įrodymų ir rekomendacijų lygmuo pateikiami diagnostikos ir gydymo rekomendacijų tekste ties kiekvienu teiginiu.

7. Literatūros sąrašas

1. Silva GAP, Costa KAO, Giugliani ERJ. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr (Rio J)*. 2016 May;92(3):S2–7.
2. International Group Proposes Pediatric Feeding Disorder Definition, Diagnosis Criteria. *ASHA Lead*. 2019 Mar;24(3):10–10.
3. Lefton-Greif MA. Pediatric Dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008 Nov;19(4):837–51.
4. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Jan;68(1):124–9.
5. DSM is the manual used by clinicians and researchers to diagnose and classify mental disorders. The American Psychiatric. *Feeding and Eating Disorders*.
6. Milnes SM, Piazza CC, Carroll T. Assessment and Treatment of Pediatric Feeding Disorders. :5.
7. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [Internet]. [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
8. Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN. Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: Oral phase impairments. *Res Dev Disabil*. 2014 Dec;35(12):3469–81.
9. Lefton-Greif MA, McGrattan KE, Carson KA, Pinto JM, Wright JM, Martin-Harris B. First Steps Towards Development of an Instrument for the Reproducible Quantification of Oropharyngeal Swallow Physiology in Bottle-Fed Children. *Dysphagia*. 2018 Feb;33(1):76–82.
10. Calis EA, Veugelers R, Sheppard JJ, Tibboel D, Evenhuis HM, Penning C. Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(8):625–30.
11. Erkin G, Culha C, Ozel S, Kirbiyik EG. Feeding and gastrointestinal problems in children with cerebral palsy. *Int J Rehabil Res*. 2010 Sep;33(3):218–24.
12. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, et al. Feeding Problems and Nutrient Intake in Children with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis and Comprehensive Review of the Literature. *J Autism Dev Disord*. 2013 Sep 1;43(9):2159–73.
13. Caron CJJM, Pluijmers BI, Joosten KFM, Mathijssen IMJ, van der Schroeff MP, Dunaway DJ, et al. Feeding difficulties in craniofacial microsomia: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Jun 1;44(6):732–7.

14. de Vries IAC, Breugem CC, van der Heul AMB, Eijkemans MJC, Kon M, van der Molen ABM. Prevalence of feeding disorders in children with cleft palate only: a retrospective study. *Clin Oral Investig*. 2014 Jun 1;18(5):1507–15.
15. Bhattacharyya N. The prevalence of pediatric voice and swallowing problems in the United States: Pediatric Voice and Swallowing. *The Laryngoscope*. 2015 Mar;125(3):746–50.
16. Black LI, Vahratian A, Hoffman HJ. Communication Disorders and Use of Intervention Services Among Children Aged 3-17 Years: United States, 2012. *NCHS Data Brief*. 2015 Jun;(205):1–8.
17. PEAS | Clinical Practice Guide [Internet]. [cited 2021 Oct 16]. Available from: <https://peas.albertahealthservices.ca/cpg/10369/Summary>
18. Duncan DR, Mitchell PD, Larson K, Rosen RL. Presenting Signs and Symptoms do not Predict Aspiration Risk in Children. *J Pediatr*. 2018 Oct;201:141–6.
19. Frakking TT, Chang AB, O’Grady K-AF, David M, Walker-Smith K, Weir KA. The Use of Cervical Auscultation to Predict Oropharyngeal Aspiration in Children: A Randomized Controlled Trial. *Dysphagia*. 2016 Dec;31(6):738–48.
20. Calvo I, Conway A, Henriques F, Walshe M. Diagnostic accuracy of the clinical feeding evaluation in detecting aspiration in children: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2016 Jun;58(6):541–53.
21. Feeding Difficulties in Children - A Guide for Allied Health Professionals. :127.
22. Silverman AH, Berlin KS, Linn C, Pederson J, Schiedermayer B, Barkmeier-Kraemer J. Psychometric Properties of the Infant and Child Feeding Questionnaire. *J Pediatr*. 2020 Aug 1;223:81-86.e2.
23. Serel Arslan S, Kılınc HE, Yaşaroğlu ÖF, Demir N, Karaduman AA. The pediatric version of the eating assessment tool-10 has discriminant ability to detect aspiration in children with neurological impairments. *Neurogastroenterol Motil*. 2018;30(11):e13432.
24. Dodrill P, Gosa MM. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Suppl. 5):24–31.
25. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Dev Disabil Res Rev*. 2008;14(2):118–27.
26. Dalglish SR, Kostecky LL, Blachly N. Eating in “SINC”: Safe Individualized Nipple-Feeding Competence, a Quality Improvement Project to Explore Infant-Driven Oral Feeding for Very Premature Infants Requiring Noninvasive Respiratory Support. *Neonatal Netw*. 2016 Jan 1;35(4):217–27.
27. Yi YG, Shin H-I. Psychometrics of the Functional Oral Intake Scale for Infants. *Front Pediatr*. 2019 Apr 18;7:156.
28. Kamide A, Hashimoto K, Miyamura K, Honda M. Assessment of feeding and swallowing in children: validity and reliability of the Ability for Basic Feeding and Swallowing Scale for Children (ABFS-C). *Brain Dev*. 2015 May;37(5):508–14.
29. Sheppard JJ, Hochman R, Baer C. The Dysphagia Disorder Survey: Validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. *Res Dev Disabil*. 2014 May 1;35(5):929–42.
30. Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health*. 2015 May;20(4):209–13.
31. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2015 Jun 1;135(6):e1458–66.
32. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002 Nov;110(5):e63.
33. Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *Int Breastfeed J*. 2006 Mar 9;1(1):3.
34. Wick EH, Johnson K, Demarre K, Faherty A, Parikh S, Horn DL. Reliability and Construct Validity of the Penetration-Aspiration Scale for Quantifying Pediatric Outcomes after Interarytenoid Augmentation. *Otolaryngol Neck Surg*. 2019 Nov 1;161(5):862–9.
35. Martin-Harris B, Carson KA, Pinto JM, Lefton-Greif MA. BaByVFSSImP© A Novel Measurement Tool for Videofluoroscopic Assessment of Swallowing Impairment in Bottle-Fed Babies: Establishing a Standard. *Dysphagia*. 2019 Apr 6;10.1007/s00455-019-10008-x.
36. Pluschinski P, Zaretsky E, Stöver T, Murray J, Sader R, Hey C. Validation of the secretion severity rating scale. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016 Oct 1;273(10):3215–8.
37. SMART Goals: – How to Make Your Goals Achievable [Internet]. [cited 2021 Dec 4]. Available from: <http://www.mindtools.com/pages/article/smart-goals.htm>
38. Pediatric Dysphagia [Internet]. American Speech-Language-Hearing Association. American Speech-Language-Hearing Association; [cited 2021 Oct 15]. Available from: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-dysphagia/>
39. Boggs T, Ferguson N. A Little PEP Goes a Long Way in the Treatment of Pediatric Feeding Disorders. *Perspect ASHA Spec Interest Groups*. 2016 Mar 31;1(13):26–37.
40. IDDSI - IDDSI Framework [Internet]. [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://iddsi.org/framework>

41. LeFort Y, Evans A, Livingstone V, Douglas P, Dahlquist N, Donnelly B, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. 2021 Apr;16(4):278–81.
42. Boullata JI, Carrera AL, Harvey L, Escuro AA, Hudson L, Mays A, et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *J Parenter Enter Nutr*. 2017;41(1):0148607116673053.
43. Braegger C, Decsi T, Dias JA, Hartman C, Kolacek S, Koletzko B, et al. Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: A Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010 Jul;51(1):110–22.
44. Corkins MR, Balint J, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. The A.S.P.E.N. pediatric nutrition support core curriculum. Silver Spring, MD: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; 2015.
45. Clouzeau H, Dipasquale V, Rivard L, Lecoœur K, Lecoufle A, Le Ru-Raguénès V, et al. Weaning children from prolonged enteral nutrition: A position paper. *Eur J Clin Nutr*. 2021 Aug 30;
46. Dunitz-Scheer M, Levine A, Roth Y, Kratky E, Beckenbach H, Braegger C, et al. Prevention and Treatment of Tube Dependency in Infancy and Early Childhood. *ICAN Infant Child Adolesc Nutr*. 2009 Apr 1;1(2):73–82.
47. Trabi T, Dunitz-Scheer M, Kratky E, Beckenbach H, Scheer PJ. Inpatient tube weaning in children with long-term feeding tube dependency: A retrospective analysis. *Infant Ment Health J*. 2010 Nov;31(6):664–81.
48. Krom H, de Winter JP, Kindermann A. Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency. *Eur J Pediatr*. 2017 Jun;176(6):683–8.
49. Davis AM, Dean K, Mousa H, Edwards S, Cocjin J, Almadhoun O, et al. A randomized controlled trial of an outpatient protocol for transitioning children from tube to oral feeding: No need for amitriptyline. *J Pediatr*. 2016 May;172:136-141.e2.
50. Coppens CH, van den Engel-Hoek L, Scharbatke H, de Groot SAF, Draaisma JosMT. Dysphagia in children with repaired oesophageal atresia. *Eur J Pediatr*. 2016;175(9):1209–17.

8. Informacija visuomenei ir pacientams

(Ši informacija gali būti pateikiama įstatyminiams paciento atstovams kaip lankstinukas, platinama per masines informavimo priemones, viešinama pacientų organizacijų internetiniuose puslapiuose; ja rekomenduojama vadovautis bendraujant su žurnalistais)

Vaikų maitinimo sutrikimas – kas tai?

Vaikų maitinimo sutrikimo (VMS) terminu įvardijamas maitinimo proceso (maisto ir skysčių suvartojimo per burną) sutrikimas arba sutrikdymas. Šiuo sutrikimu laikoma būklė, kai vaiko gebėjimas valgyti:

- neatitinka vaiko amžiaus;
- trunka dvi savaites arba daugiau;
- susijęs su kitais (sveikatos, mitybos, valgymo gebėjimų, psichosocialiniais) sutrikimais;
- mažas maisto suvartojimas nesusijęs su maisto stoka arba kultūrinėmis normomis.

VMS gali būti kartu su rijimo sutrikimu (disfagija) arba be jo.

VMS yra viena dažnesnių vaikų sveikatos sutrikimų, nustatomas vienam iš 37 vaikų. VMS turintiems vaikams valgymas gali būti nemalonus, netgi skausmingas, bausis arba neįmanomas, todėl vaikai suvalgo nepakankamai, gali sutrikti jų augimas ir raida.

Kokios yra vaikų maitinimo sutrikimo priežastys?

Tik maža dalis VMS yra nulemti vienos konkrečios priežasties. Dažniausiai ši būklė yra sąlygota kelių tarpusavyje sąveikaujančių veiksnių. Paprastai išskiriamos neurologinės, anatomicinės, chirurginės, fiziologinės, imuninės, genetinės, medicininės kilmės priežastys, tarp jų – tam tikros su elgesiu susijusios problemos.

Kokie yra vaikų maitinimo sutrikimų požymiai?

VMS gali pasireikšti vienu arba daugiau požymių:

- nepakankamai suvalgoma maisto per burną, vengiama valgyti;
- vaiko amžių ir (arba) raidos lygmenį atitinkančio maisto ir (arba) skysčių atsisakymas;
- itin didelis išrankumas maistui.
 - vaiko elgesys maitinimo metu neatitinka jo biologinio amžių ir (arba) raidos lygmens;
 - atsilieka savarankiško valgymo gebėjimų raida;
 - sunkiai mokosi naudoti vaiko amžiui tinkamus valgymo įrankius ir kitas priemones;
 - nepakankamai auga svoris ir ūgis.

Kaip gydomi vaikų maitinimo sutrikimai?

VMS gydymo principai priklauso nuo priežasties ir pobūdžio. Pagrindinis dėmesys skiriamas medicininį priežasčių nustatymui ir gydymui, mitybos užtikrinimui, maitinimo gebėjimų lavinimui ir psichosocialinių VMS priežasčių koregavimui.

Medicininės priežastys. Valgyje dalyvauja visas mūsų kūnas ir organai. Kad maistas patektų į burną, būtų suformuojamas ir nuryjamas maisto gumulas koordinuotai dirba 13 raumenų ir 6 galvinių nervų poros. Šis procesas įvyksta per kelias sekundes ir yra pati sudėtingiausia fizinė užduotis, kurią kūdikis turi išmokti ir daryti nuo pirmųjų gyvenimo valandų.

Kas gali nustatyti ir gydyti?

Už VMS rizikos nustatymą atsakingas šeimos gydytojas. Įtaręs VMS šeimos gydytojas siunčia vaiką kitų specialistų konsultacijai. VMS gydymui reikalinga daugiadalykė specialistų komanda, į kurią įtraukiami visi vaiką maitinantys asmenys (tėvai, auklė, darželio įstaigos darbuotojai).

Kokie gydytojai gali būti reikalingi?

Priklausomai nuo įtariamos medicininės problemos į VMS komandą gali būti įtraukti:

- pediatras;
- chirurgas;

- alergologas / imunologas;
- kardiologas
- odontologas;
- endokrinologas;
- gastroenterologas;
- genetikas;
- neurologas;
- slaugytojas;
- otolaringologas;
- pulmonologas;
- radiologas.

Ką jie daro?

- atlieka medicininę apžiūrą ir tyrimus;
- bendradarbiauja su kitais specialistais, kad būtų atliktas išsamus vaiko būklės vertinimas;
- kartu su abiliacijos / reabilitacijos specialistais sudaro vaiko maitinimo ir VMS gydymo planą.

Mityba. Kad vaikas augtų ir vystytųsi būtina užtikrinti, kad jo kūnas gautų pakankamą maisto medžiagų kiekį per burną arba kitokiu būdu (per zondą, stomą). Nuo gaunamų maisto medžiagų kiekio ir kokybės priklauso vaikų smegenų vystymasis ir veikla, bendra sveikata ir savijauta.

Kas gali įvertinti ir gydyti?

Vaiko dietą ir maisto bei energetinių medžiagų poreikį vertina ir gydymo priemonės parenka dietologas.

Ką jis daro?

- Nustato ar vaikas su gauna pakankamai maisto medžiagų (angliavandenių, baltymų, riebalų, vitaminų ir mineralinių medžiagų, skysčių, kalorijų).
- Kartu su kitais VMS komandos nariais sudaro gydymo planą (sudaro dietą, skiria maisto papildus ir kt.).

Maitinimosi gebėjimai. Maitinimosi gebėjimai nėra įgimti, kūdikiai ir vaikai jų MOKOSI. Mokantis jiems svarbu aplinka (maitinimo priemonės, kūno padėtis, triukšmo, šviesos fonas ir kt.), galimybės ją tyrinėti ir mokytis, bendravimas su artimaisiais ir mokymasis pagal pavyzdį (stebint kitus vaikus, šeimos narius).

Kas gali padėti įvertinti ir gydyti?

Maitinimosi gebėjimus daugiausia vertina ir gydymo priemonės jiems lavinti parenka bei taiko logoterapeutas ir ergoterapeutas. Priklausomai nuo problemos pobūdžio gali būti įtraukiami kiti specialistai (gydytojas, slaugytoja, psichologas, kineziterapeutas).

Ką jie daro?

- Nustato kokie burnos judesių ir (arba) jutimų sutrikimai trukdo vaikui maitintis.
- Moko vaiką taisyklingai atlikti maitinimuisi reikalingus burnos judesius, taiko įvairias strategijas burnos judesiams gerinti.
- Taiko strategijas, gerinančias burnos jutimų sistemos veiklą valgant.
- Remdamiesi rijimo vertinimo duomenimis parenka ir taiko metodus rijimui palengvinti ir saugiam bei veiksmingam valgymui per burną užtikrinti.
- Lavina bendrus kūno judesius ir pusiausvyrą (maitinimo kokybė glaudžiai susijusi su gebėjimu išlaikyti kūno padėtį).
- Lavina smulkiąją motoriką, akies-rankos koordinaciją, pečių, rankų jėgą, moko valgyti savarankiškai;
- Stiprina galvos ir liemens kontrolę, kad vaikas gebėtų atlikti specifinius burnos, krūtinės ir pilvo judesius, reikalingus kvėpavimui, valgymui ir rijimui.

Psichosocialiniai veiksniai. Vaiko maitinimosi gebėjimai susiję su jo santykiais su tėvais, ankstesne maitinimosi patirtimi. Jeigu maitinimo metu vaikas patiria stresą dėl tėvų elgesio (pykčio, nekantrumo, maitinimo per prievartą), gali susiformuoti neigiamos nuostatos ir baimės maitinimo atžvilgiu. Vaikai, kuriems nemalonu ir (arba) sunku valgyti, maitinimo metu dažnai netinkamai elgiasi (prieštarauja maitinimui, mėto maistą, spjaudo ir pan.). Tėvams tai kelia stresą ir nusivylimą, gali neigiamai paveikti tėvų ir vaikų santykius.

Kas gali padėti įvertinti ir gydyti?

VMS komandos specialistai (dažniausiai psichologas, socialinis darbuotojas) gali įvertinti ir padėti koreguoti vaiko ir tėvų elgesį maitinimo metu. Socialinis darbuotojas gali padėti šeimai pasirūpindamas ištekliais, kurių gali reikėti sėkmingam VMS gydymui.

Ką jie daro?

- Vertina vaiko ir tėvų elgesį maitinimo metu.
- Vertina tėvų žinias ir požiūrį į vaiko valgymo problemas.
- Aiškinasi netinkamo vaiko elgesio maitinimo metu priežastis.
- Moko tėvų kaip palaikyti ir stiprinti pozityvius santykius su vaiku, tinkamai reaguoti į vaiko elgesį, skatina dalyvauti vaiko VMS gydyme laikantis bendrai sutarto plano.

Kaip tėvai gali prisidėti prie vaiko maitinimo sutrikimo gydymo?

Vaikai mokosi valgyti stebėdami artimuosius, todėl svarbu rodyti jiems tinkamą pavyzdį nuo mažens. Ankstyvame amžiuje įgyti maitinimosi gebėjimai gali lydėti vaiką visą gyvenimą, todėl svarbu juos formuoti tinkamai.

Šeimos valgymas kartu

Valgymas kartu šeimai leidžia palaikyti geresnius santykius, bendrauti. Tai turi teikti malonumą visiems šeimos nariams. Būdami kartu su šeima prie stalo vaikas nuo mažens stebi

kaip kiti šeimos nariai valgo ir mėgaujasi įvairiu maistu, užuodžia maisto kvapą. Tai skatina vaiką drąsiau tyrinėti ir ragauti neįprasto skonio maistą.

Bendravimas maitinimo metu

Svarbu suprasti, kad maitinimo metu tėvai ir vaikai atlieka skirtingus vaidmenis, kurie, jeigu atliekami tinkamai, formuoja vaiko maitinimosi įgūdžius.

Tėvai sprendžia:

- Ką duos vaikui valgyti ir (arba) gerti. Augdamas vaikas laipsniškai pratinamas prie šeimai įprasto maisto. Visa šeima vieno valgymo metu (pvz., pietums) turi valgyti tą patį maistą. Maitinimosi racionas turi būti kuo platesnis.
- Kada duos vaikui valgyti ir (arba) gerti. Vaikai turi valgyti 3 kartus per dieną (pagrindinį maistą) ir 2–3 kartus užkandžiauti. Vandens vaikui galima pasiūlyti atsigerti bet kada, nesilaikant grafiko. Reguliarus maitinimas pagerina vaiko apetitą, maisto įsisavinimą ir bendrą savijautą.
- Kur duos vaikui valgyti ir (arba) gerti. Geriausia, kai maitinimo metu vaikas sėdi patogiai, stabiliai ir nevaikšto. Vaikas neturi valgyti vienas, kai kiti šeimos nariai užsiėmę kita veikla. Maitinimo metu neturi būti pašalinių trikdžių (pvz., įjungto televizorius, šalia padėto telefono, žaislų).

Vaikai sprendžia:

- Kiek valgys. Negalima versti vaiko valgyti per prievartą. Sotus vaikas nevalgys net žaidinamas arba kitaip įtikinėjamas. To paties amžiaus vaikų suvalgomas maisto kiekis vienu metu gali skirtis.
- Ką valgys iš to ką patiekė tėvai (pvz., gali rinktis tik garnyrą).

Maitinimo grafiko laikymasis

Reguliarus valgymas vaikams suteikia saugumą ir supratimą kada metas valgyti.

Rekomenduojama:

- 2–3 valandų pertrauka (skirtingo amžiaus vaikams pertraukos ilgis gali būti nevienodas) tarp valgymų;
- pagrindinio valgymo trukmė 20–30 minučių, užkandžiavimas – 10–15 minučių; jeigu per šį laiką vaikas nepavalgo, nereikia jo ilgiau laikyti prie stalo ir (arba) įkalbinėti valgyti;
- jeigu vaikas prašo valgyti tarp valgymų, pasiūlyti vandens ir priminti, kad galės valgyti kai ateis laikas;
- pasiūlyti vandens tarp valgymų.

Pratinimas prie naujo maisto

Vaikai dažnai atsisako valgyti jiems naują, anksčiau nebandytą, maistą. Maisto įvairovė yra sveikis mitybos pagrindas, todėl rekomenduojama:

- Siūlyti naują produktą paruoštą jį skirtingu būdu;

- Leisti vaikui tyrinėti (žaisti, piešti, liesti, traiškyti, dėlioti, uostyti, pjaustyti) maistą įvairiais būdais, jo nevalgant. Kai vaikas pripras prie maisto, galima pasiūlyti jo paragauti arba vaikas paragaus jo savo iniciatyva;
- Įtraukti vaiką į maisto gaminimą, kad geriau susipažintų su nauju maistu;
- Būti kantriems ir nuosekliems – vaikas gali 15 arba daugiau kartų paragauti ir atsisakyti naujo maisto iki pradės jį valgyti.

Kantrybė, ne spaudimas

Rekomenduojama:

- Duoti vaikui sveiką maistą, tačiau leiskite pačiam nuspręsti kiek valgys.
- Leisti vaikui pasirinkti iš kelių pasiūlytų maisto produktų, kurie atitinka sveikos mitybos reikalavimus.
- Nenaudoti maisto kaip apdovanojimo, skatinimo arba bausmės.
- Leisti vaikui apsitarnauti prie stalo. Tegu įsideda į lėkštę tiek, kiek planuoja suvalgyti.
- Vaikai kartais gali praleisti valgį ar užkandį. Tai normalu, tačiau neturi būti dažnai ir nereikėtų praleisti kelių valgymų iš eilės.
- Neversti vaiko valgyti. Verčiami valgyti vaikai patiria neigiamas emocijas, todėl ir visas valgymo procesas tampa negatyvus (tiek vaikui tiek tėvams).

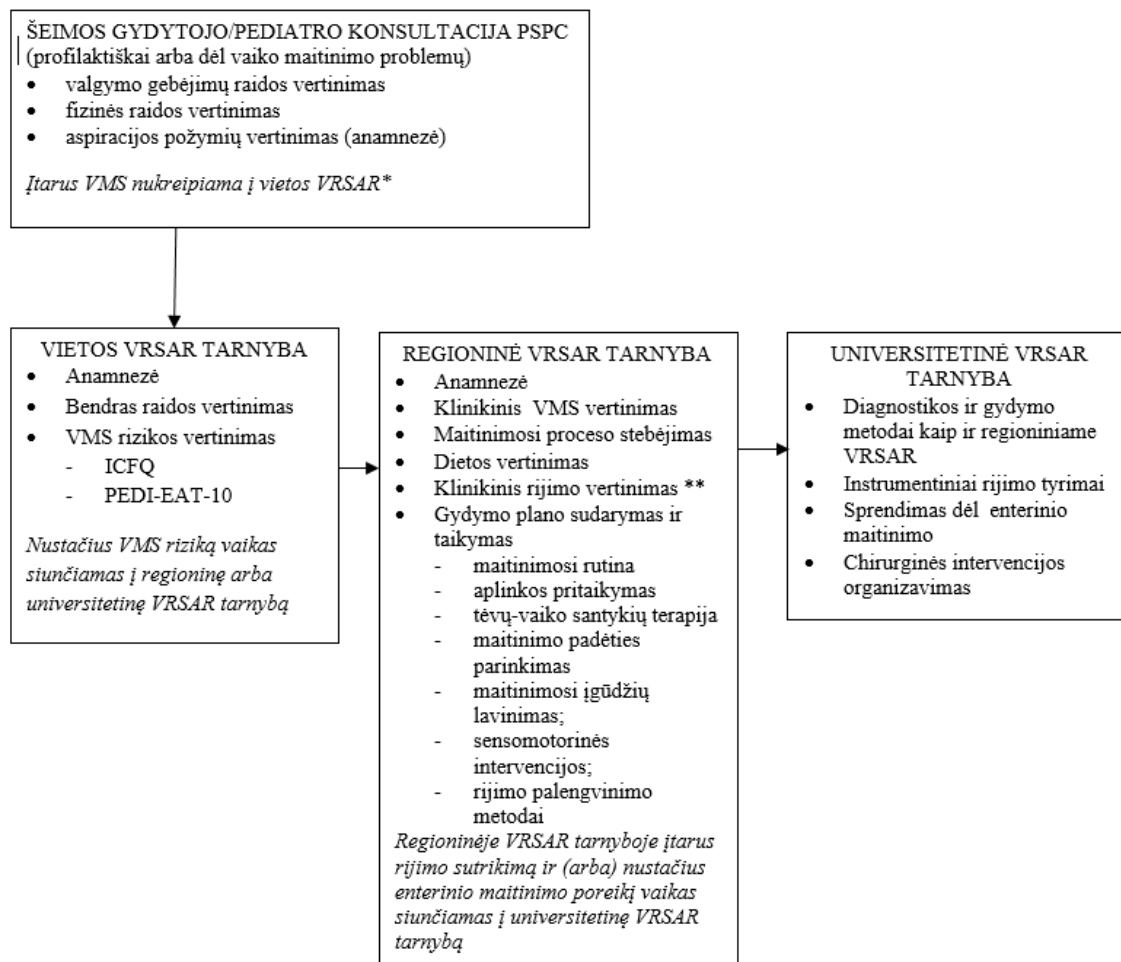
Jeigu įtariate, kad Jūsų vaiko maitinimas sutrikęs, atsakykite į šiuos klausimus*:

Ar jūsų vaikas rodo norą valgyti (verkia, prašo) ?	TAIP	NE	
Ar manote, kad Jūsų vaikas valgo pakankamai ?	TAIP	NE	
Kiek minučių įprastai trunka Jūsų vaiko maitinimas (vieno valgymo) ?	<5	5–30	>30
Ar Jūs turite kažką specialiai daryti tam, kad Jūsų vaikas pavalgytų ?	TAIP	NE	
Ar Jūsų vaikas parodo / pasako, kad yra sotus ?	TAIP	NE	
Ar nerimaujate dėl savo vaiko maitinimo ?	TAIP	NE	

**Jeį pasirinkote du ir daugiau atsakymų esančių pilkame fone, dėl savo vaiko maitinimo pasikonsultuokite su pediatru arba šeimos gydytoju.*

9. Priedai

1 priedas. Paciento kelias įtarus vaiko maitinimo sutrikimą



Santrumpos: ICFQ – Kūdikių ir vaikų maitinimosi klausimynas (angl. *Infant and Child Feeding Questionnaire*); PEDE-EAT-10 – vaikiška valgymo vertinimo priemonės versija (angl. *The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool*); PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras; VMS – vaikų valgymo sutrikimai; VRSAR – vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnyba.

*Indikacijos siuntimui į regioninę arba universitetinę VRSAR tarnybą: nepakankamas svorio augimo tempas ir (arba) pernelyg mažas vaiko svoris, sutrikusi / sulėtėjusi vaiko maitinimosi gebėjimų raida, aspiracijos požymis / -iai; tėvų skundai dėl vaiko maitinimo ir (arba) rijimo.

**Klinikiniam rijimo vertinimui rekomenduojame naudoti vieną iš šių standartizuotų vertinimo metodikų: (1) Saugaus individualizuoto maitinimo krūtimi (angl. *Safe Individualized Nipple Competence, SINC*) algoritmą naujagimiams nuo 32 sav. gestacinio amžiaus; (2) Pediatrinę funkcinio valgymo pro burną skalę (angl. *Functional Oral Intake Scale (FOIS) Pediatric*) kūdikiams; (3) Bazinių vaikų maitinimosi ir valgymo gebėjimų skalę (angl. *Ability for Basic Feeding and Swallowing Scale for Children, ABFS-C*) 2 mėn. –14 m. vaikams; (4) Disfagijos klausimyną (angl. *Dysphagia Disorder Survey, DDS*) 3–13 m. vaikams, turintiems raidos sutrikimą.

2 priedas. Vaikų maitinimo sutrikimų vertinimo forma

Vaiko vardas, pavardė:

Gimimo data: Amžius:.....

Nėštumas:

Komplikacijos:

..... Nėštumo metu vartoti vaistai:

.....
 Nėštumo metu priklausomybė nuo: alkoholio tabako vaistų kita

Gimdymas:

Išnešiotas Neišnešiotas Gimė gestacijos savaitę

Natūralus gimdymas Sekcija, jos priežastis:

..... Sunkus gimdymas

Kita: Gimimo svoris, ūgis: Apgar:

.....
 Komplikacijos:

Naujagimystėje:

Dirbtinė plaučių ventilacija/kvėpavimo nepakankamumas

Maitinimo sunkumai: Papildomos deguonies poreikis

Neišnešiotų naujagimių retinopatija

Traukuliai

Intraskilvelinė kraujosruva Sunkumo laipsnis ____

Gastroesozafaginis refliuksas

Periventrikulinė leukomaliacija

Kita:

Dabartinė sveikatos būklė:

Diagnozė	Vaiko amžius, kai liga buvo nustatyta

Vaiķu maitinimo sutrikimū klausimynas (angl. *Infant and Child Feeding Questionnaire, ICFQ*)

Ar jūsu vaikas rodo norā valgyti (verkia, prašo) ?	TAIP	NE	
Ar manote, kad Jūsu vaikas valgo pakankamai ?	TAIP	NE	
Kiek minučių ģprastai trunka Jūsu vaiko maitinimas (vieno valgymo) ?	<5	5–30	>30
Ar Jūs turite kažkā specialiai daryti tam, kad Jūsu vaikas pavalgytų ?	TAIP	NE	
Ar Jūsu vaikas parodo / pasako, kad yra sotus ?	TAIP	NE	
Ar nerimaujate dēl savo vaiko maitinimo ?	TAIP	NE	

*Jeigu ģ du ir daugiau atsakymų esančių pilkame fone tėvai atsako taip, nustatoma vaiķu maitinimo sutrikimo rizika

Vaiķiškā valgymo vertinimo priemonēs versijā (angl. *The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool, PEDI-EAT-10*)

	Klausimai tėvams / globējams	0	1	2	3	4
1.	Mano vaikas nepriauga svorio dēl rijimo sutrikimo					
2.	Dēl vaiko rijimo sutrikimo negalime valgyti ne namuose					
3.	Ģerimas reikalauja pastangų					
4.	Kieto maisto valgymas reikalauja pastangų					
5.	Ģiaukčioja valgydamas					
6.	Panašu, kad rijimo metu jaučia skausmā					
7.	Nenori valgyti					
8.	Maistas stringa gerklēje, springsta valgydamas					
9.	Valgydamas uģsikosēja					
10.	Valgymas kelia stresā					

0 – nēra problēmas, 4 – didelē problēma; jeigu vaikas surenka daugiau 4 balų bŭtina nukreipti ģštyrimui dēl disfagijas

Papildoma informācija:

.....

.....

.....

Formā uģpildē:

Data: _____

3 priedas. Vaikų maitinimo sutrikimų klinikinio vertinimo forma

Vaiko vardas, pavardė: Gimimo data: Amžius:

Nusiskundimai:.....

.....

Ankstesnių vertinimų rezultatai ir taikyti gydymo metodai

.....

.....

Šeimos sudėtis (asmenys, kurie gyvena kartu ir prižiūri vaiką)

.....

.....

Šeimos istorija:

Biologinis vaikas Įvaikintas Globojamas

Amžius nuo kada:

Papildoma informacija:

.....

Nėštumas:

Komplikacijos:

Nėštumo metu vartoti vaistai:

Nėštumo metu priklausomybė nuo: alkoholio tabako vaistų kita:

Gimdymas:

Išnešiotas Gimė anksčiau Gimė vėliau Gimė gestacijos savaitę

Natūralus gimdymas Sekcija; priežastis:

Komplikacijos

Kita:

Gimimo svoris, ūgis: Apgar:

Naujagimystėje:

Dirbtinė plaučių ventiliacija/kvėpavimo nepakankamumas

Maitinimo sunkumai:

Papildomos deguonies poreikis

Neišnešiotų naujagimių retinopatija

Traukuliai

Intraskilvelinės kraujosruvos Sunkumo laipsnis

Gastrosozafaginis refliuksas

Periventrikulinė leukomaliacija

Kita:

Klausos patikra praėjo nepraėjo

Regos patikra praėjo nepraėjo

Esama medicininė būklė:

Stebimas kitų gydytojų ir (arba) specialistų, priežastys:

.....

Nustatytos ligos

Diagnozė	Vaiko amžius, kai liga buvo nustatyta

Maitinimas:

Dabartiniai vaiko maitinimosi būdai:

- Nazogastrinis zondas
- Gastrostoma
- Iš buteliuko: rūšis (pvz., Dr. Brown, Avent) pieno tėkmės iš žinduko stiprumas /žinduko dydis (pvz., 1):
- Gertuvės
- Puodelio
- Per šiaudelį
- Rankomis
- Šaukštu /šakute

Jeigu valgo ne per burną, aprašyti maitinimą

.....

Valgomas maistas:

- Mamos pienas
- Pieno mišinys:
- Trintas maistas:
- Minkštas kramtomas maistas:
- Kietas kramtomas maistas:
- Nemėgstamas maistas:
- Skysčiai:
- Nemėgstami skysčiai:
- Maitinimo (vieno) trukmė (min.)

Maitinimo sutrikimo požymiai:

- Kosėjimas ir (arba) springimas valgymo metu arba po jo
- Žiaukčiojimas ir (arba) vėmimas valgymo metu arba po jo
- Atsisakymas / vengimas valgyti, kaip?:
- Išrankumas maisto tekstūrai, kokioms?:

- Sunkumai kramtant, kokie?:
- Maisto užlaikymas burnoje, kaip?:
- Kita (visi sunkumai susiję su maitinimu / rijimu):

..Ar vaikui buvo atliktas rijimo tyrimas? Taip Ne

Jeigu buvo atliktas, kur: kada:

Rezultatai:

Ugdymas ir rehabilitacija

Įstaiga: Miestas:

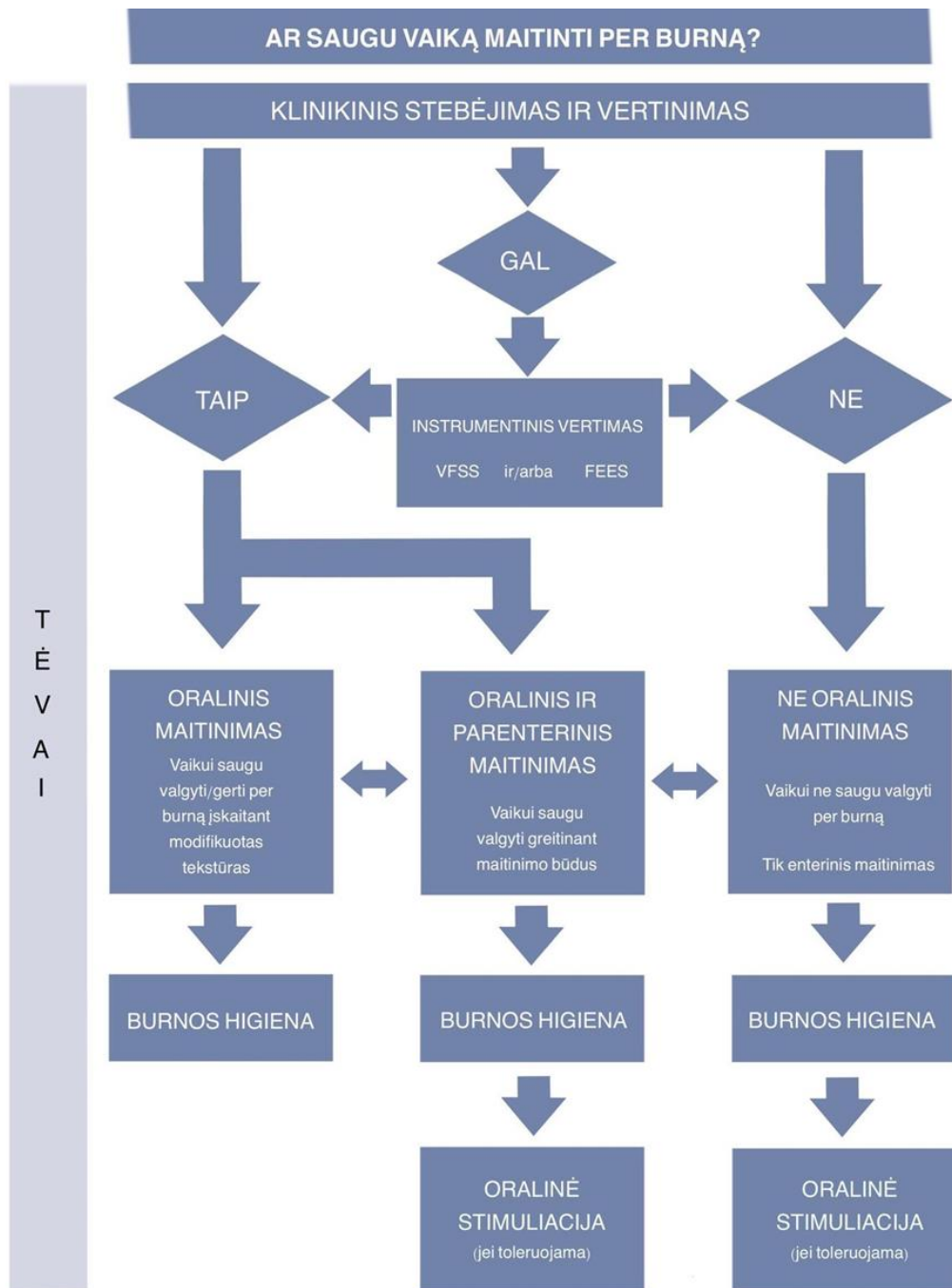
- Bendrojo ugdymo programa
- Individuali programa:
- Pagalbinės priemonės:
- Logoterapija
- Kineziterapija
- Ergoterapija
- Asmeninis asistentas
- Kita:

Papildoma informacija

Formą užpildė:

Data: _____

4 priedas. Rijimo saugumo ištyrimo ir gydymo taktikos algoritmas



Santrumpos: FEES – fibroendoskopinis rijimo tyrimas; VFSS – videofluoroskopinis rijimo tyrimas

5 priedas. Vaikų maitinimo ir rijimo vertinimo skalės

Pediatrinė funkcinio valgymo pro burną skalę (angl. Functional Oral Intake Scale (FOIS) Pediatric) (50)

Lygmuo	Maitinimas
I	Nieko į burną
II	Enterinis maitinimas + duodamas minimalus skysčio ir (arba) maisto kiekis per burną
III	Enterinis maitinimas + pastoviai duodama skysčio ir (arba) maisto per burną
IV–VI	Maitinamas per burną, bet papildomo maisto įvedimas* vėluoja
VII	Maitinamas per burną, papildomo maisto įvedimas* nevēluoja

* norma – kai vaikas trintu maistu pradedamas maitinti iki 9 mėnesių, o maistu su gumuliukais – iki 12 mėnesių amžiaus.

Skalė skirta kūdikių maitinimui ir rijimui vertinti.

Bazinių vaikų maitinimo ir valgymo gebėjimų skalė (angl. Ability for Basic Feeding and Swallowing Scale for Children, ABFS-C) (28)

Balas	Vertinama	0	1	2	3
1	Budrumas	Nereaguoja į skausmą	Prabunda tik papurtytas	Atsibunda šaukiamas	Budrus
2	Galvos kontrolė	Nėra galvos kontrolės	Išlaiko galvą vienoje linijoje su liemeniu, kai liemuo pakeltas 45° kampu	Išlaiko galvą vertikaliai iki 10 s, kai liemuo pakeltas 90° kampu	Išlaiko galvą vertikaliai > 10 s, kai liemuo pakeltas 90° kampu
3	Perdėtas jautrumas	Visas kūnas perdėtai jautrus prisilietimui	Nepatinka kai liečiamos lūpos ir burnos sritis	Nepatinka kai liečiamas burnos vidus	Nėra perdėto jautrumo
4	Burnos judesiai	Negali užčiaupti burnos, judinti liežuvio	Gali judinti lūpas, bet nejudina liežuvio	Gali užčiaupti lūpas ir judinti liežuvį, bet tik burnos viduje	Gali užčiaupti lūpas ir judinti liežuvį burnos viduje ir išorėje
5	Seilių rijimas	Pastovus seilėtekis	Nuolatinis gerklės gurgimas	Gerklės gurgimas po stimuliacijos burnos viduje	Nėra gerklės gurgimo net ir po stimuliacijos burnos viduje

Skirta vertinti 2 mėnesių–14 metų maitinimui ir rijimui vertinti