

©О.С. Коренюк

**ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ  
З ТЯЖКОЮ НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ***Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ З ТЯЖКОЮ НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ. В статті розглянуті проблемні питання харчування дітей-інвалідів з неврологічними захворюваннями – дитячим церебральним паралічем та вродженими вадами розвитку головного мозку. Відмічені особливості та складності годування цього контингенту хворих. Наведено досвід застосування поживної суміші «Клінутрен-Юніор» в ентеральному харчуванні дітей зі вторинною дистрофією на тлі тяжкої неврологічної патології. Відзначено ефективність даної методики вигодовування, позитивна динаміка нутритивного статусу пацієнтів.

ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. В статье рассмотрены проблемные вопросы питания детей-инвалидов с неврологическими заболеваниями – детским церебральным параличом и врожденными пороками развития головного мозга. Отмечены особенности и сложности кормления этого контингента больных. Приведен опыт применения питательной смеси «Клинутрен-Юниор» в энтеральном питании детей со вторичной дистрофией на фоне тяжелой неврологической патологии. Отмечена эффективность данной методики вскармливания, позитивная динамика нутритивного статуса пациентов.

FEATURES ENTERAL NUTRITION HANDICAPPED CHILDREN WITH SEVERE NEUROLOGICAL DISORDERS. The problems of nutrition of disabled children with neurological diseases - cerebral palsy and congenital anomalies of the brain were examined in the article. The features and difficulties of feeding of these patients were marked. The experience of nutritive mix "Klinutren-Junior" usage in enteral feeding of the children with secondary dystrophy is presented. The efficiency of this feeding technique, positive dynamics of trophism of these patients were shown.

**Ключові слова:** неврологічна патологія, діти-інваліди, ентеральне харчування, клінутрен.

**Ключевые слова:** неврологическая патология, дети-инвалиды, энтеральное питание, клинутрен.

**Key words:** neurological pathology, disabled children, enteral nutrition, klinutren.

**ВСТУП.** Дитяча інвалідність – одна із гострих медико-соціальних проблем сучасного суспільства. Первинна дитяча інвалідність в Україні, як і в цілому світі, за останні роки має тенденцію до зростання. Переважними причинами інвалідності дітей були та залишаються вроджені вади розвитку, хромосомні захворювання, хвороби нервової системи, а також психічні захворювання та розлади поведінки [1,2,3]. У структурі неврологічних захворювань, які призводять до інвалідності, провідне місце займає дитячий церебральний параліч (ДЦП) та вроджені вади розвитку (ВВР) головного мозку [2,3,4]. При цих захворюваннях спостерігається як ураження опорно-рухового апарату різного ступеня тяжкості, які часто приводять до тяжкої інвалідизації, так і морфо-функціональні зміни в роботі внутрішніх органів, а також інтелектуальні та характерологічні порушення. Фізичний розвиток дітей, хворих на ДЦП та вроджені вади розвитку нервової системи, як правило, характеризується значним дефіцитом маси тіла, розвитком прогресуючої церебральної кахексії або вторинної дистрофії змішаного, нейрогенно-аліментарного генезу.

При білково-енергетичній недостатності (БЕН) III ступеня спостерігається катаболічна спрямованість обміну речовин, яка призводить до швидкого виснаження пластичних і енергетичних ресурсів організму, розвитку дистрофії внутрішніх органів і, в кінцевому результаті, поліорганної недостатності. Імунний статус дітей-інвалідів із крайнім ступенем БЕН характеризується зниженням антиінфекційної резистентності

організму, переважно пригніченням клітинного імунітету на тлі підвищення активності окисного метаболізму в нейтрофілах. [5]. Це обумовлює високу респіраторну захворюваність таких хворих, з чіткою тенденцією до затяжного перебігу запального процесу.

Проблеми організації раціонального харчування дітей з неврологічною патологією обумовлені тяжкістю стану хворих, різким обмеженням рухової активності і вимушеним положенням в ліжку. ДЦП та вроджені вади розвитку головного мозку часто супроводжуються псевдобульбарними розладами, у зв'язку із чим виникають певні ускладнення в годуванні таких пацієнтів. Порушення ковтання, хронічній мікроаспіраційний синдром не дозволяють забезпечити раціональне харчування цих хворих відповідно фізіологічним потребам організму звичним пероральним шляхом. У зв'язку із цим, одним із важливих аспектів догляду за дітьми із тяжкими неврологічними захворюваннями є організація ефективного харчування.

Численні дослідження довели, що харчування важкохворих дітей з БЕН III ступеня повинно бути спрямоване на нормалізацію обмінних процесів, відновлення втрачених структур органів і систем. Від якості енергетичного, білкового, водно-електролітного, вітамінного забезпечення організму залежить ефективність лікування та прогноз захворювання. Тактика дієтоterapiї церебральної кахексії та БЕН III ступеня у дітей з грубою неврологічною патологією має свої особливості і, в першу чергу, повинна бути спрямована на забезпечення пацієнта достатньою кількістю білка та

енергії. Своєчасна і адекватна нутритивна підтримка дозволяє в значній мірі скоротити частоту інфекційних ускладнень, знизити ризик розвитку синдрому поліорганної недостатності та летальність хворих, добитися підвищення якості життя пацієнтів і прискорити їхню реабілітацію. [6,7,8].

В останнє десятиліття особливо яскраво продемонстровано лікувальну дію ентеральних поживних сумішей на метаболізм організму хворого з різною гострою і хронічною патологією. Загальними якостями сучасних препаратів для ентерального харчування є збалансоване співвідношення різних речовин з урахуванням добової потреби хворого у кожному з них, наявність у складі сумішей білків з високою біологічною цінністю, оптимальним набором амінокислот, відсутністю лактози, сахарози, глютену і холестерину [8,9].

Метою нашої роботи було вивчити особливості ентерального харчування дітей інвалідів з тяжкою неврологічною патологією.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Дослідження проводилося на базі інфекційного відділення дитячої клінічної лікарні №2 м. Дніпропетровська. Під нашим спостереженням перебувало 16 дітей з будинку інвалідів віком від 4 до 11 років з тяжкою неврологічною патологією. Діти-інваліди за основним неврологічним захворюванням неодноразово надходили в інфекційне відділення для лікування респіраторних захворювань. Як правило, у цій групі дітей захворювання мали схильність до затяжного перебігу, що зумовлювало тривалість їхнього перебування у стаціонарі. Нозологічні форми неврологічної патології були представлені таким чином: 7 дітей з діагнозом: дитячий церебральний параліч зі стійкими руховими порушеннями, симптоматичною епілепсією і 9 дітей з діагнозом: вроджена вада розвитку головного мозку, мікроцефалія, спастичний тетрапарез, симптоматична епілепсія, грубе відставання у розвитку вищих кіркових функцій (табл.1).

Таблиця 1. Характеристика контингенту обстежуваних дітей

Характеристики	Кількість хворих (%)
1. Кількість хворих	16
3 них:	
хлопців	6 (%)
дівчат	10 (%)
2. Вікова структура:	
–6 років	11 (%)
7–11 років	5 (%)
3. Нозологічна структура:	
ВВР головного мозку	9 (56,25%)
ДЦП	7 (43,75%)

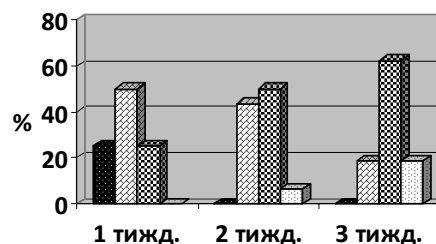
Нутритивний статус дітей характеризувався низьким індексом трофіки, зниженням тургору м'яких тканин, зменшенням товщини або відсутністю підшкірної основи, трофічними змінами шкіри та слизових оболонок. Ці симптоми дозволили діагностувати у цих дітей з тяжкою неврологічною патологією церебральну кахексію, білково-енергетичну недостатність (БЕН) III ступеня, змішаного, нейрогенно-аліментарного генезу.

Лабораторне обстеження дітей включало загальні аналізи крові, сечі, копрологічне дослідження, біохімічний аналіз крові з оцінкою протеїнограми.

Враховуючі прояви псевдобульбарного синдрому, ускладнення годування цих пацієнтів, в залежності від тяжкості стану застосовувався метод зондового харчування або комбінація годування з ложки та зондового харчування. В якості основного харчування використовувалась поживна суміш «Клінутрен-Юніор» з урахуванням фізіологічних потреб дітей за основними нутрієнтами і калоріями у повному або частковому добовому обсязі. Полуелементна суміш «Клінутрен-Юніор» має збалансований склад за білками, жирами, вуглеводами, забезпечує отримання високого калоражу в малому об'ємі суміші, містить необхідні для даної категорії хворих незамінні жирні кислоти, амінокислоти, біологічні активні речовини, вітаміни та мікроелементи. Ефективність ентерального харчування оцінювали за динамікою вагової кривої, показниками протеїнограми, копрограми.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** В результаті клінічного обстеження дітей-інвалідів з неврологічною патологією з комплексною оцінкою їхнього фізичного розвитку у 100 % випадків була підтверджена білково-енергетична недостатність III ступеня. При лабораторному дослідженні у 43,7 % (n=7) пацієнтів виявлено гіпопротеїнемію, причому в 31,2 % випадків (n=5) у поєднанні з диспротеїнемією за рахунок гіпоальбумінемії. За даними копрологічного дослідження у 56,2 % (n=9) хворих відзначалися непрямі ознаки панкреатичної недостатності, мальдігестії і мальабсорбції у вигляді амилореї, стеатореї, підвищеної кількості неперетравленої рослинної клітковини.

Застосування полуелементної суміші «Клінутрен-Юніор» у харчуванні дітей-інвалідів вже протягом першого тижня забезпечило стабілізацію вагової кривої пацієнтів зі вторинної дистрофією в 50 % випадків (n=8) та збільшення маси на 3–5% – у 25 % хворих (n=4). На 2 тижні годування дітей даної сумішшю ми відзначали стійкі збільшення маси тіла до 3–10 % у 56,2 % пацієнтів (n=9), а на 3 тижні – у 81,2 % пацієнтів (n=13). Спостерігалось поліпшення нутритивного статусу дітей цієї групи, поява підшкірно-жирової клітковини, підвищення тургору м'яких тканин.



Мал. 1. Динаміка маси тіла дітей-інвалідів на ентеральному харчуванні сумішшю «Клінутрен-Юніор»

Нормалізація протеїнограми відзначалася у 100 % випадків. Стабільної нормалізації копрограми ми не спостерігали, проте, відзначалося значне зниження вираженості амилореї та стеатореї.

**ВИСНОВКИ.** 1. Забезпечення адекватної нутритивної підтримки є важливою і необхідною умовою виходжування дітей-інвалідів зі вторинною дистрофією на фоні важкої неврологічної патології.

2. Найбільш раціональним харчуванням, з урахуванням підвищеної потреби цих пацієнтів у білку та енергії, а також складності годування цих хворих, є ентеральне харчування із застосуванням полуетаментних сумішей.

3. Потрібен постійний контроль за ваговою кривою і білковою забезпеченістю дітей зі вторинною дистрофією для своєчасної корекції харчування.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Застосування у харчуванні дітей-інвалідів з важкою неврологічною патологією поживної суміші «Клінутрен-Юніор» сприяє стабілізації вагової кривої з тенденцією до збільшення маси тіла, що дозволяє рекомендувати цю суміш в якості основного харчування дітей з БЕН III ступеня.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Устинов А.В. Здравоохранение 2011: подведение итогов / А.В. Устинов / Укр. мед. часопис. – 2011. – №6(86). – С. 4–5.

2. Детская инвалидность и инвалидность с детства как медико-социальная проблема. Л.В. Ващенко, А.А. Равлинко, О.Ф. Рубашная [и др.] // Здоровый ребенок. – 2008. – №2(11). – С. 14–18.

3. Коренев Н.М. Инвалидность детей с хроническими соматическими заболеваниями в Украине / Н.М. Коренев, С.Р. Толмачева, Л.Ф. Богмат // Здоровый ребенок. – 2009. – №3 (18). – С. 80-82.

4. Паламар І.В. Чинники дитячої інвалідності від хвороб нервової системи, що зумовлюють її характер / І.В. Паламар // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №4. – С. 36-39.

5. Рябчук Ф.Н. Ресурси організму дітей с нарушенным трофологическим статусом / Ф.Н. Рябчук, В.А. Федо-

ров // Материалы XIV Конгресса дет. гастроэнтерологов России. – М., 2007. – С. 54–55.

6. Руководство по лечебному питанию детей / под ред. К.С. Ладодо. – М., 2000. – 384 с.

7. Барановский А.Ю. Искусственное питание больных / А.Ю. Барановский, И.Я. Шапиро. – С.-Петербург, 2000. – 154 с.

8. Энтеральное питание как своевременная энергетическая и пластическая поддержка детей в стрессовых состояниях / Ю.В. Ерпулева, Т.Э. Боровик, А.У. Лекманов, А.П. Шадчев // Вестник интенсивной терапии. – 2004. – № 2. – С. 39–42.

9. Современные возможности энтерального питания полимерными и модульными смесями / Снеговой А.В., Салтанов А.И., Манзюк Л.В., Сельчук В.Ю. // РМЖ. – 2012. – № 19. – С. 944–946.

Отримано 05.03.2013