

СЕКЦИЯ ПЕДИАТРИИ

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Афанасьева А.А., Чуйнышена С.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Завьялова А.Н. Кафедра общей медицинской практики Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. У детей с тяжелой неврологической патологией дефект пищевого поведения наблюдался в 40% случаях, а у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) 5 уровнем двигательной активности по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification SYSTEM) в 90%. Из-за вынужденного положения, кормление детей чаще всего происходит лежа, в результате развиваются гастроинтестинальные осложнения [1].

Цель исследования: Оценить физическое развитие (ФР), статус питания и сопутствующую гастроинтестинальную патологию у детей с ДЦП 4 и 5 уровнем двигательной активности по шкале GMFCS.

Материалы и методы: Исследованы 30 детей с ДЦП 4,5 по GMFCS. Оценен пищевой анамнез. Проведена антропометрия, биоимпедансометрия. Проанализирован анамнез жизни и заболевания, данные госпитализаций по выпискам.

Результаты: Из 30 детей 2 находились на зондовом питании, остальные пациенты получали питание через гастростому. До установки низкопрофильной гастростомы диагностирован рефлюкс-эзофагит у 80% детей, гастродуоденит у 75%; аспирационные бронхиты, пневмонии с госпитализацией у 50%. Из-за низкого содержания клетчатки в потребляемой пище у детей наблюдались постоянные запоры, дефекация 1 раз в три дня с глицериновой свечкой, самостоятельный стул отсутствовал полностью. Нутритивный статус (НС): Белково энергетическая недостаточность (БЭН) легкой 1 степени выявлена у 10%, БЭН 2 — у 20% БЭН 3 — у 30% детей. После постановки гастростомы, пациенты были переведены на жидкие полимерные смеси для энтерального питания. Сократились случаи аспирации, заболевания бронхитами и пневмониями. Только у двоих пациентов наблюдался рецидив гастрита с госпитализацией. Изменились антропометрические данные пациентов, дети набрали вес. По анализу историй болезней заболеваемость снизилась на 50%.

Выводы: Определение ФР у детей с ДЦП необходимо проводить в зависимости от уровня двигательной активности с использованием специализированных центильных таблиц GMFCS. У детей с бульбарными и псевдобульбарными расстройствами, поперхиванием рекомендовано установить гастростому. Расчет питания необходимо производить в соответствии с биологическим возрастом и физиологическими возможностями ребенка. Адекватно подобранное питание и способ его доставки предупреждает гастроинтестинальные (рефлюкс эзофагит) и пульмонологические осложнения (бронхиты и аспирационные пневмонии), сокращает лекарственную нагрузку на пациента.

Литература

1. Arvedson J.C. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties // Eur J Clin Nutr, 2013.