

Frebini® В хранителната терапия на деца

Доц. д-р Даниела Попова

КМЕЗД, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, София

Недохранване при децата и нуждата от хранителна подкрепа

Редица проучвания сочат, че честотата на недохранване при педиатричните пациенти е между 14 и 64%.^{1,3} Децата със заболявания на храносмилателната система (възпалително-чревни заболявания, кистозна фиброза, цюлиакия), умствено изоставане, както и вродени сърдечни заболявания, често страдат от недохранване.^{3,7} Нарушеният нутритивен статус на тези пациенти оказва допълнителни последици чрез възпрепятстване на растежа и развитието. Недохранването и хранителният дисбаланс могат да повлияят на обучението и паметта с промяна или намеса във физиологията на мозъчната структура.¹⁰ В развитите страни недохранването при децата е в резултат най-вече на хронични заболявания, поради честия болничен престой и множество диагностични изследвания.⁷

Недохранването при хоспитализирани деца остава до голяма степен непризнат проблем от медицинския персонал. Следователно развитието и прилагането на ефективни стратегии за откриване и лечение на недохранване при педиатрични пациенти са от изключителна важност.⁷ Комитетът по хранене на Европейската асоциация за педиатрична гастроентерология, хепатология и хранене (ESPGHAN) препоръчва създаването на екипи за хранителна подкрепа в педиатричните болници, за да се идентифицират пациентите и да им се осигури подходяща хранителна терапия.

Онкологични заболявания

При децата с онкологични заболявания при поставяне на диагнозата честотата на недохранване е висока – 50%, което е свързано с неблагоприятни последици, като намалена способност за понасяне на химиотерапия, повишена честота на инфекции и намаляване на процента на оцеляване. При 40–80% от педиатричните пациенти се отчита недохранване по време на терапия, особено ако лечението включва химиотерапия или трансплантация на костния мозък.⁸

Интензивна терапия

Над 25% от пациентите в педиатрични интензивни отделения са показали остро или хронично недохранване в момента на приемане или хранителният им статус допълнително се е влошил по време на хоспитализацията.⁴ Недохранването води до намален имуноен отговор, повишен риск от инфекция, трудно заздравяване на рани и увеличена заболеваемост и смъртност. Докладвано е, че 41% от пациентите на интензивна терапия получават едва 58.8% от енергийните си нужди.⁹

Кистозна фиброза

Хронично недохранване с изоставане в теглото и растежа е често срещано усложнение при 15.7% от пациентите с муковисцидоза.⁶

Болест на Крон

Хранителната терапия играе важна роля в лечението на заболяването, по-специално по време на острата фаза. Според насоки на ESPEN, ентэралното хранене е първа линия на терапия за подобряване на растежа и развитието на деца с болестта на Крон.⁵

Поради нисък процент на усложнения и пониски разходи, ентэралното хранене трябва да се предпочита пред тотално парентерално хранене, когато това е възможно.²

Цели на хранителната подкрепа при децата са:

- осигуряване на адекватно хранене, отговарящо на нуждите на пациента,
- предотвратяване и коригиране на хранителни дефицити,
- свеждане до минимум на физиологичните последици от недохранването.

Важно е не само поддържането или възстановяването на хранителния статус, но също и подпомагане на растежа и развитието на децата.

Frebini® е ентэрална храна, подходяща за деца от 1 до 12 години с повишени хранителни и енергийни нужди, вследствие на заболяване

- Осигурява ефективно ентэрално хранене, съобразно индивидуалните нужди на децата.
- Осъществява добър прием, дължащ се на доказано добър вкус.

Продуктова характеристика и ползи

Съдържа ω -3-полиненаситени мастни киселини от рибено масло

- Допринася за развитието и функцията на ретината и мозъка
- Модулира имунния и противовъзпалителния отговор

Добър баланс на енергия и протеини

- Осигурява подходящ за деца хранителен баланс
- Задоволява релативно понижените про-

теинови и увеличените енергийни нужди в сравнение с възрастните

Дозите са адаптирани за определена възраст и тегло

- Позволява адекватен растеж спрямо възрастта

- Посреща средните дневни нужди от основните витамини и минерали

Обогатена със средновежни триглицериди

- Обезпечава добър чревен толеранс и абсорбция, дори когато е нарушено усвояването и абсорбцията на мазнините вследствие на заболяване

Възможна комбинация с или без фибри

- Осигурява подходяща хранителна диета в зависимост от нуждите

Съдържа карнитин, таурин и инозитол

- Подпомага растежа и развитието на децата

Доставя антиоксиданти – β -каротин, витамин С и Е, селен и цинк

- Подпомага антиоксидантната защита

Предлага се в опаковки от 200 ml за перорална употреба с любими на децата вкусове и аромати – банан, шоколад и ягода.

Книгопис

1. Cameron JW, A.Rosenthal, AD. Olson. Malnutrition in hospitalized children with congenital heart disease. *Arch Pediatr Adolesc. Med*, 1995, 149, 1098–1102.
2. Campos F.G., D. L. Waitzberg, M. G. Teixeira et al. Inflammatory bowel diseases: principles of nutritional therapy. *RevHosp Clin Fac. Med Sao. Paulo*, 2002, 57, 187–198.
3. Hendrikse W.H., J.J. Reilly, L. T.Weaver. Malnutrition in a children's hospital. *Clin Nutr*, 1997, 16, 13–18.
4. Hulst J., K. Joosten, L. Zimmermann et al. Malnutrition in critically ill children: from admission to 6months after discharge. *Clin Nutr*, 2004, 23, 223–232.
5. Lochs H., C.Dejong, F.Hammarqvist et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Gastroenterology. *Clin Nutr*, 2006, 25, 260–274.
6. Marin V.B., S.Velandia, B.Hunter et al. Energy expenditure, nutrition status, and body composition in children with cystic fibrosis. *Nutrition*, 2004, 20, 181–186.
7. Pawellek I., K.Dokoupil, B.Koletzko. Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. *Clin Nutr* 2008, 27,72–76.
8. Pietsch J.B., C.Ford. Children with Cancer: Measurement of Nutritional Status at Diagnosis. *Nutr. Clin. Practice*, 2000, 15, 185–188.
9. Taylor R.M., V. R. Preeedy, A. J. Baker et al. Nutritional support in critically ill children. *Clin Nutr*, 2003, 22, 365–369.
10. Yehuda S., S. Rabinovitz, D. Mostofsky. Nutritional Deficiencies in Learning and Cognition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2006, 43, Suppl 3:S22–S25.