

POTEŠKOĆE HRANJENJA DJECE SA SRČANIM BOLESTIMA

TATJANA JUKIĆ, ANDREJA PREDRIJEVAC*

Hranjenje je prirodan i biološki proces i regulira ga psihofiziološki sustav. Izmjenjuju se stanja gladi i sitosti. U prvim godinama života iznimno je važno uspostavljanje autonomne unutarnje regulacije hranjenja. Zdravo dijete od rođenja uči prepoznavati unutarnje signale gladi i sitosti, te prepoznajemo interes za hranu kad je gladno ili odbijanje hrane kad je sito. Kod djece s prirodnom srčanom greškom obrazac hranjenja je drugačiji, jer se brzo umaraju, naporno im je sisati, te se kod njih javljaju poteškoće s hranjenjem, tjelesna masa im je manja od normalne i prisutno je nenapredovanje na tjelesnoj masi. Prirodene srčane greške su greške u građi srca ili velikih krvnih žila.

Cilj rada je prikazati specifičnosti u rješavanju poteškoća pri hranjenju djece sa srčanim bolestima i individualizirani pristup, te postepeni prelazak (odvikavanje) unosa hrane s nazogastrične sonde do peroralnog unošenja. Za postizanje cilja potrebno je više profila stručnjaka (medicinska sestra, pedijatar-kardiolog, gastroenterolog, logoped). Pravičan obrazac hranjenja i njegovo uspostavljanje uvjet je urednog rasta i razvoja djeteta. Uloga medicinske sestre u radu s djecom je specifična, jer u skrbi uvijek imamo i dijete i roditelje. Osim specifičnog znanja i vještina važno je i iskustvo rada s djecom, te topao i smirujući pristup medicinske sestre i odnos povjerenja. Uspostavljena dobra i dvosmjerna komunikacija važna je za suradnju s djetetom i roditeljima.

Deskriptori: HRANJENJE, NAZOGASTRIČNA SONDA, SRČANE BOLESTI, EDUKACIJA

UVOD

Hranjenje je prirodan i biološki proces i regulira ga psihofiziološki sustav. Izmjenjuju se stanja gladi i sitosti. Prilikom hranjenja važnu ulogu imaju oralno-motorički, gastrointestinalni, neurološki

i bihevioralni sustav, i nužna je njihova međusobna koordinacija za učinkovito hranjenje. Probavni sustav sastoji se od: usne šupljine, jezika, žlijezda slinovnica, ždrijela, želuca, jetre, gušterače, dvanaesnika, tankog i debelog crijeva. Probava hrane započinje u usnoj šupljini, gdje jezikom miješamo hranu i žlijezde slinovnice luče slinu pomoću koje hrana lakše odlazi u ždrijelo (provodi hranu u jednjak), te dolazi u želudac (elastičan, šuplji organ). Jetra je zadužena da proizvodi žuč-razgradnja masti, gušterača luči enzime u dvanaesnik (razgradnja bjelančevina, ugljikohidrata i masti), te se u tankom crijevu završava

*Klinički bolnički centar Osijek
Klinika za Pedijatriju

Adresa za dopisivanje:
Tatjana Jukić, bacc. med. techn.
Klinički bolnički centar Osijek
Klinika za Pedijatriju
31000 Osijek, J. Huttlera 4
E-mail: tena32@gmail.com

kemijska razgradnja svih sastojaka, a u debelom crijevu završavaju neprobavljene tvari. U prvim godinama života iznimno je važno uspostavljanje autonomne unutarne regulacije hranjenja. Zdravo dijete od rođenja uči prepoznavati unutarnje signale gladi i sitosti, te prepoznamo interes za hranu kad je gladno ili odbijanje hrane kad je sito. Kod djece sa prirođenom srčanom greškom obrazac hranjenja je drugačiji, jer se brzo umaraju, naporno im je sisati, te se kod njih javljaju poteškoće sa hranjenjem, tjelesna masa im je manja od normalne i prisutno je nenapredovanje na tjelesnoj masi. Kod takve djece je često onemogućeno peroralno uzimanje hrane, pa se uvodi nazogastrična sonda, kako bi se spriječila neishranjenost i aspiracija, i zadovoljile nutritivne potrebe djeteta.

Prirodne srčane greške su greške u građi srca ili velikih krvnih žila i dijele se na one bez cijanoze i one sa cijanozom. Cijanoza nastaje kad zbog abnormalnosti suvišak deoksigenirane krvi cirkulira kroz sistem. Teške anomalije mogu dovesti i do popuštanja srca (srčana dekompenzacija).

Kod dojenčeta koje ima blagu dekompenzaciju srca, očituje se poteškoća pri hranjenju, napor pri sisanju, uslijed čega dolazi do pada tjelesne mase djeteta ispod normale, te češće prisutan plač. Ukoliko je prisutna jaka dekompenzacija srca simptomi su izrazitiji uz manifestaciju ubrzanog i otežanog disanja, te cijanoze. Kao prisutne znakove popuštanja srca uočavamo tahikardiju, tahipneju, dispneju pri hranjenju, nemir i razdražljivost. Često se zbog popuštanja srca povećavaju metaboličke potrebe i otežava hranjenje, te je potrebno povećati kalorijsku vrijednost hrane i hranjenje nazogastričnom sondom zbog slabosti i umora. Ukoliko je srčana greška kompliciranija potreban je i kirurški zahvat što zahtjeva i postizanje određene tjelesne mase.

CILJ RADA

Cilj je rada prikazati specifičnosti u rješavanju poteškoća pri hranjenju djece sa srčanim bolestima i individualizirani pristup, te postepeni prelazak (odvikavanje) unosa hrane sa nazogastrične sonde do peroralnog unošenja. Za postizanje cilja potrebno je više profila stručnjaka (medicinska sestra, pedijatar-kardiolog, gastroenterolog, logoped).

SPECIFIČNOSTI U RJEŠAVANJU POTEŠKOĆA PRI HRANJENJU

Srčane bolesti kod djece često uzrokuju probleme hranjenja i gutanja i nedostatak energije koja je potrebna za proces sisanja i gutanja. Prilikom hranjenja uočavaju se istežanje ili stežanje tijela, smanjena budnost, umaraju se, imaju odbojnost prema hrani, nemaju osjećaj sisanja, imaju nagon na povraćanje i hranjenje traje više od 30 minuta. Kod takve djece se često uvodi nazogastrična sonda. Nazogastrična sonda uvodi se kroz nosnu ili usnu šupljinu do želuca.

Postupak uvođenja nazogastrične sonde: izmjeriti dužinu uvođenja sonde (od korijena nosa do resice uha i od korijena nosa do žličice epigastrija/vršak ksifoidne kosti/); provjeriti prohodnost nosnica; ovlažiti sondu (dio koji ide do ždrijela); zabaciti djetetovu glavu prema natrag, vrh sonde staviti u nosnicu i usmjeriti prema donjem nosnom hodniku, ugurati do ulaska u ždrijelo (duljina nos - uho), oprezno ugurati dalje do izmjerene druge duljine (korijen nosa - vrh prsne kosti). Sondu ne smijemo uvoditi silom i moramo paziti kako dijete diše, jer u slučaju kašlja, gušenja, cijanoze moramo prekinuti uvođenje jer je sonda u dišnim putovima, te moramo ponoviti postupak. Kad se sonda postavi moramo utvrditi da li je u želucu, tako što ćemo aspirirati želučani sadržaj štrcaljkom i kad smo sigurni da je nazogastrična sonda dobro postavljena učvršćujemo ju sa lje-

pljivom trakom u visini nosnice. Kod dojenčadi često učvršćujemo i na obrazu, jer im sonda smeta pa ju pokušavaju maknuti rukama ili mijenjanjem položaja tijela.

Kad god je moguće i izvedivo pokušavamo dijete hraniti peroralnim putem, jer hranjenje nazogastričnom sondom dovodi do toga da dijete zaboravi sisati i gutati, a svaki pokušaj peroralnog hranjenja dovodi do hiperosjetljivosti. Bez obzira na nazogastričnu sondu dijete pokušavamo hraniti i peroralno ili kombinirano, osim u situacijama kad je zdravstveno stanje djeteta ugroženo. Bitno je da dijete usvoji normalan obrazac hranjenja i da ga naučimo jesti, jer većina njih od početka imaju nazogastričnu sondu ili tijekom razvoja bolesti nemaju snagu sisanja i gutanja. Da bi postigli peroralno hranjenje i odviknuli dijete od nazogastrične sonde, dijete hranimo polako, prvo sa manjim količinama. Važno je svakodnevno praćenje tjelesne mase radi kontrole napredovanja ili gubitka. Uvođenjem čaja počinjemo odvikavanje od sonde, jer je čaj rjeđi i lakše ga je progutati. Obroci počinju sa manjim količinama hrane po obroku ali češći, nikako ne manje obroka a količinu povećati. Sve manipulacije oko djeteta moraju biti nježne i pažljive, jer u većini slučajeva kod takve djece je ugroženo zdravstveno stanje, nemaju snage i brzo se umaraju. Svaki pokušaj uspostavljanja peroralnog hranjenja vodi nas prema uspješnom hranjenju. Za uspostavljanje peroralnog unosa hrane potreban je čitav niz stručnjaka. Uključuje se fizioterapeut sa razvojnim vježbama da dijete ojača, prema potrebi i respiratorne vježbe. Radni terapeut uključuje vježbe oralnih mišića i senzorne vježbe, a logoped uči dijete razvijanju refleksa sisanja i gutanja pomoću vježbi, kako bi se postiglo poticanje pokretljivosti jezika i usnica. Zadatci medicinske sestre su uložiti trud, znanje i vještine, uz puno topline i humanog pristupa, i naučiti dijete peroralnom hranjenju. Što prije hranjenje nazogastričnom sondom zamijeniti postepenim hranjenjem na

bočicu, u početku dva obroka na dan bočicom, a kako dijete napreduje u hranjenju i dobiva na tjelesnoj masi, nazogastrična sonda se potpuno izbacuje. Postepeno navikavamo dijete na dudu u ustima i na osjećaj tekućine u ustima pomoću dude i bočice. Moramo dijete hraniti u povišenom položaju ili na rukama, da ne bi došlo do aspiracije hrane. Najčešće djeca sa srčanim bolestima i operiranim srcem jedu hranu sa specijalnom mliječnom formulom koja je nutritivno kompletna (Neocate), te nutritivno izbalansiran pripravak s visokim sadržajem energije i optimalnom količinom proteina (Infatrini). U slučaju da dijete gubi na tjelesnoj masi ili često povraća obroke, te ako niti nakon dugoročnog pokušavanja da se nauči jesti bočicom, ipak odbija hranu, konzultira se dječji gastroenterolog koji će utvrditi postoji li problem s te strane. Naš je cilj da dijete što prije nauči jesti bočicom, da dobiva na tjelesnoj masi i da u konačnici može ići u svoj dom. Uz sve navedene korake do normalnog uspostavljanja hranjenja važna je i edukacija roditelja.

EDUKACIJA RODITELJA

Edukacija treba biti prilagođena kognitivnim sposobnostima djeteta i njegove obitelji. Boravak majke uz dijete je iznimno važan, kako bi naučila i imala mogućnost hranjenja djeteta kod svakog obroka, uz nadzor medicinske sestre. Majku educiramo kako nahraniti dijete, a u slučaju da dijete ne može prijeći na peroralnu prehranu, educiramo ju kako postaviti nazogastričnu sondu i upućujemo je na važnost praćenja djetetovog napredovanja na težini. U početku majke su zaplašene, ali našim toplim pristupom i strpljenjem, te stručnim znanjem i vještinama uspješno ih educiramo. Svako ih treba uputiti da dijete često odbija hranu u početku i da treba biti uporan, pokazati im odgovarajući položaj za hranjenje te ukazati na moguće komplikacije prilikom hranjenja (kašalj, cijanoza). S obzirom da većina djece sa srčanim greškama imaju i

uvedenu medikamentnu terapiju, važno je majke educirati kako će primijeniti tu terapiju putem nazogastrične sonde. Boravak majke u Internatu za majke je bitan zbog toga što majka sudjeluje u svim aktivnostima oko djeteta, a dijete osjeti prisutnost i toplinu majke. Povezanost majke i djeteta važna je za što bolju uspostavu hranjenja i od velikog je značaja. Majku educiraju i drugi profili stručnjaka za što bolje osposobljavanje i snalaženje u kućnim uvjetima. Od velike važnosti je majku naučiti hranjenju, jer to djetetu omogućuje odlazak kući kad zdravstveno stanje to dozvoli. Ako se majka dobro educira i savlada vještinu uvođenja sonde, takav način prehrane nije prepreka za odlazak kući.

ZAKLJUČAK

Prirodene srčane greške su greške u građi srca ili velikih krvnih žila. Djeca sa srčanim greškama često imaju poteškoće sa hranjenjem jer se umaraju, naporno im je sisati, tjelesna masa im je manja od normalne i prisutno je nenapredovanje na tjelesnoj masi. Utjecajem svega navedenog, potrebno ih je često hraniti nazogastričnom sondom. Dugotrajno hranjenje sa nazogastričnom sondom i prelazak na peroralnu prehranu, dugotrajan je proces i ovisi o stanju djeteta. Za postizanje uspješnog cilja potreban je nadzor i potpora više profila stručnjaka (medicinska sestra, pedijatar-kardiolog, gastroenterolog, radni terapeut, fizioterapeut, logoped) i educirani roditelji. Pravilan obrazac hranjenja i njegovo uspostavljanje uvjet je urednog rasta i razvoja djeteta. Tendencija je da se postepeno prelazi na peroralno hranjenje i uspostavi normalan obrazac hranjenja. Svakom djetetu trebamo pristupiti individualno, i prilagoditi se njegovom ritmu hranjenja i odvikavanja od sonde. Sve aktivnosti medicinske sestre koje rade s djecom, trebale bi započeti i završavati na spoznaji da dijete ima potrebe kao i odrasli čovjek. Potrebno je raditi s puno topline, nježnosti

i ljubavi prema djeci. Našim malim bolesnicima moramo biti podrška i pružiti im skrb da se osjećaju što bolje i sigurnije te da steknu povjerenje u nas. Profesionalnim pristupom, humanošću i nesebičnošću, ne zaboravljajući važnost holističkog pristupa, medicinske sestre imaju ključnu ulogu u cjelokupnom zbrinjavanju malog pacijenta. Pristup mora biti human i važno nam je stvoriti pozitivno ozračje kako bi mali bolesnik i njegovi roditelji imali u nas povjerenja. Medicinska sestra mora znati da reakcije djeteta mogu biti i pozitivne i negativne i treba to prihvatiti jer dijete je osoba za sebe, sa svojim željama, navikama, potrebama i mogućnostima. Međusobni odnos gradimo strpljivošću, blagošću, empatijom te uzimajući u obzir posebnosti vezane uz djetetovu dob, koje će nam olakšati komunikaciju. Uspostavljena dobra i dvosmjerna komunikacija važna je za daljnju suradnju s djetetom i roditeljima. Uloga medicinske sestre u radu sa djecom je specifična, jer u skrbi uvijek imamo i dijete i roditelje. Osim specifičnog znanja važno je i iskustvo rada sa djecom, te topao i smirujući pristup medicinske sestre i odnos povjerenja. Takvim pristupom stječemo "male prijatelje", a roditelji stječu povjerenje u nas kao profesionalce.

LITERATURA

1. Ivšac J, Blaži D, Lulić S. Put od hranjenja sondom do peroralne prehrane (logopedski pristup). *Paediatr Croat* 2007; 51.
2. Niseteo S. i sur. Neorganski poremećaji hranjenja u djece. *Paediatr Croat*. 2014; 58 (1): 201-6.
3. Zergollern Lj. i sur. *Pedijatrija*. Zagreb: Naprijed; 1994.
4. Mardešić D. i sur. *Pedijatrija*. 6. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2000.
5. Keros P. *Anatomija i fiziologija*. 3. izd. Zagreb: Školska knjiga; 1997.
6. Prlić N. *Zdravstvena njega*. 5. izd. Zagreb: Školska knjiga; 1999.