

Ведение детей с заболеванием, вызванным новой коронавирусной инфекцией (SARS-CoV-2)



Гипотрофия – фоновое состояние с дефицитом массы тела при близких к средним значениям роста в раннем детском возрасте. Гипотрофия занимает главное место среди хронических расстройств питания у детей, ею страдают около 52 млн детей во всем мире [1].

Белково-энергетическая недостаточность, развивающаяся при гипотрофии, негативно отражается на обменных процессах, способствует митохондриальной дисфункции и дефициту ряда ферментов энергетического обмена клеток [1].

МКБ-10 в группу хронических расстройств питания включает:
E40-E46 – белково-энергетическая недостаточность [2].
E65-E68 – ожирение и другие виды избыточности питания [2].

Несмотря на многообразие причин, вызывающих развитие гипотрофии у детей, в основе ее патогенеза лежит хроническая стрессовая реакция:

- 1) нарастающая симпатикотония при гипотрофии I и II степеней с последующим переходом на автономный уровень регуляции (ваготония) при III степени;
- 2) дисфункция коры надпочечников с повышенной продукцией глюкокортикоидных фракций и пониженной – проминералокортикоидных при гипотрофии I и II степеней с последующей гипофункцией (истощением) коры надпочечников при III степени;
- 3) переключение обмена веществ с преимущественно углеводного на липидный;
- 4) склонность к развитию централизации кровообращения;
- 5) стрессовая иммунодепрессия;
- 6) стрессовая гиперкоагуляция.

В условиях хронического стресса резко усиливается основной обмен и существенно повышается потребность организма в энергии и пластическом материале [2].

Потребности организма в белке и калориях при хроническом стрессе у детей (Koletzko B., 2004)

Состояние	Потребность организма	
	в энергии, %	в белке, %
Здоров	100	100
Легкий стресс	100–120	150–180
Умеренный стресс	120–140	200–250
Значимый стресс	140–170	250–300
Выраженный стресс	170–200	300–400

Возможности помощи детям при расстройствах питания

При гипотрофии, в основе патогенеза которой лежит хроническая стрессовая реакция, сопровождающаяся белково-энергетической недостаточностью, показано назначение препара-

тов, обладающих в первую очередь анаболической (трофотропной) активностью, а также усиливающих энергетическое обеспечение (энерготропная активность) и нормализующих функцию митохондриальных ферментов. Такими эффектами, по данным многих авторов, обладают препараты карнитина, например, это может быть препарат Элькар [2].

Также мы помним, что с первых дней жизни ребенка питание должно отвечать возрастным потребностям растущего организма в пищевых веществах и энергии. Качественная и количественная недостаточность питания ведет к прекращению прибавки массы и увеличения длины тела ребенка, снижает иммунную защиту [3].

На сегодняшний день накоплен достаточный клинический опыт применения смесей для энтерального питания (ЭП) в качестве дополнения к рациону у детей с недостаточностью питания. Для повышения энергетической ценности основного рациона питания, дополнительной дотации белка, витаминов и микронутриентов рекомендуется ЭП норма- или гиперкало-

рийными смесями. При плохой переносимости назначаются смеси на основе гидролизованых белков молока [4].

Например, согласно одному из исследований, при приеме ЭП включение смеси приблизило реальную калорийность диеты к должествующей. На фоне приема ЭП отмечена прибавка массы тела у 80% детей, при этом у большинства она составила от 200–700 г. При оценке белкового и липидного спектра в динамике отмечены стабильные показатели липидограммы после применения смеси, у 50% – отмечено снижение показателя липопротеинов низкой плотности, у 30% – повышение общего пула белка (было обследовано 25 детей с хронической гастроэнтерологической патологией и дефицитом массы тела от 21% до 37,5%) [5].

Рекомендации по питанию детей были четко изложены в консенсусном документе ESPGHAN-2017 [6], включающем оценку нутритивного статуса, диагностику и лечение основных желудочно-кишечных симптомов, и прежде всего сроки и способы нутритивного вмешательства и реабилитации [4].

Ключевые слова: гипотрофия, энтеральное питание, смесь, нутриционная поддержка, нутритивный статус, индекс массы тела, рост, карнитин.

Литература:

1. Расулова С.А., Исмаилов К.И. Клинико-цитохимические параллели. При хронических расстройствах питания у детей. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2020; X (3): 293–8. DOI: 10.31712/2221-7355-2020-10-3-293-298
2. Неудахин Е.В. Целесообразность использования препаратов карнитина при лечении хронических расстройств питания у детей. Практика педиатра в помощь врачу. 2015; 3–4: 29–34.
3. Ерпулева Ю.В. Современные представления о возможных причинах развития нутритивной недостаточности у детей. Вопросы детской диетологии. 2003; 1 (5): 12–6.
4. Комарова О.Н. Энтеральное питание у детей с хроническими заболеваниями: оптимальный способ доставки. Медицинский совет. 2020; 18: 87–93. DOI: 10.21518/2079-701X-2020-18-87-93
5. Спиваковский Ю.М., Черненко Ю.В., Эйберман А.С. и др. Нарушение пищевого поведения у детей и применение специализированного энтерального питания для его коррекции. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015; 114 (2): 104.
6. Romano C, van Wijnckel M, Hulst J et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for the evaluation and treatment of gastrointestinal and nutritional complications in children with neurological impairment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2017; 65 (2): 242–64. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001646

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.