

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ХОРЕЗМСКОГО РЕГИОНА

Машарипова Р.Т.¹, Алиева П.Р.²

¹Машарипова Роза Тельмановна - старший преподаватель;

²Алиева Парохат Рустамовна – ассистент,
кафедра педиатрии и неонатологии,
Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: в Хорезмской областной многопрофильной детской больнице организация лечения гипотрофии зависит от диагностики основного заболевания данного ребенка. В статье предложены возможности гипотрофии I степени лечение обычно проводится в амбулаторных условиях. Большое внимание должно уделяться организации правильного ухода, режима. Статья посвящена лечению гипотрофии состояний у детей раннего возраста. В статье предложены возможности применения лечебных смесей у младенцев по клиническим показаниям.

Ключевые слова: гипотрофия, вскармливание, лечение, дети, заболеваемость, вес

ORGANIZATION OF TREATMENT OF MALNUTRITION IN CHILDREN IN THE MULTIDISCIPLINARY REGIONAL CHILDRENS HOSPITAL OF THE KHOREZM REGION

Masharipova R.T.¹, Alieva P.R.²

¹Masharipova Roza Telmanovna - Senior Lecturer;

²Alieva Paroxat Rustamovna – Assistant,
DEPARTMENT OF PEDIATRICS AND NEONATOLOGY,
URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the clinical lecture is dedicated about treatment of hypotrophy syndrome in children. Outlined the current trends in body weight correction in infants. The article presents the possibility of using therapeutic compounds in infants as clinically indicated. The clinical lecture is dedicated about treatment of hypotroph syndrome in children. Hypotrophy is a chronic eating disorder in underweight children. According to scientists up 30-35% of children in developing countries have protein calorir malnutrition

Keywords: hypotrophy, feeding, infant, treatment, children, syndrome chronic, scientists.

УДК 616-007.21-053.32

Актуальность: в последнее время во всем мире большое внимание уделяется нормам потребления белка. Именно белок определяет рост и развитие. От недостатка белка страдают в первую очередь ЖКТ и кроветворные органы, характеризующиеся высокой степенью обновления [1]. Очень чувствительна к белковому голоданию эндокринная система. Однако опасность избытка белка в рационе питания заслуживает не меньшего внимания [2]. Так увеличение количества белка в рационе до 5-6 г/кг массы в сутки приводит к снижению эффективности утилизации азота и развитию метаболических перегрузок с азотемией, ацидозом, чрезмерной нагрузкой на почки, что особенно актуально для детей с гипотрофией, так как способности метаболизировать и выводить из организма азотистые шлаки у них еще более ограничены [3]. При гипотрофии II степени длительность адаптационного периода колеблется от 5 до 7 дней. Питание рассчитывается на фактическую массу тела. В первый день назначается $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ необходимого суточного объема [4]. Недостающее количество жидкости восполняется за счет 5% раствора глюкозы, отваров фруктов, овощей. Кратность кормления увеличивают: кормят через 2-2,5 часа без ночного перерыва. Грудничков лучше кормить сцеженным молоком, так как сосание груди требует усилия. Потребность детей первого года жизни в основных пищевых веществах на 1 кг массы в сутки больших физических затрат. При массе тела ребенка до 2500 могут использоваться смеси для маловесных и недоношенных детей: ПреНАН* (Нестле, Швейцария), Энфалак* (Мид Джонсон, США), Пре-Тутелли (Валио, Финляндия), Хумана ГА-О (Хумана, Германия), Пре- Нутрилак* (Нутритек, Россия), «Беллакт ПРЕ» для питания недоношенных детей. Эти смеси изготавливаются на основе коровьего молока и содержат относительно высокое количество белка по сравнению с адаптированными смесями для здоровых детей (1,8-2,2 на 100 мл и 1,2-1,8 на 100 мл соответственно [4]). Соотношение сывороточных белков к казеину составляет 60:40, что приближает по аминокислотному составу к грудному молоку. В смесях, помеченных, в липидный компонент включены среднецепочечные триглицериды со средней длинной углеродной цепи, которые не нуждаются в эмульгации, расщеплении липазой и могут всасываться непосредственно в систему воротной вены, минуя лимфатическую систему и являются ценным и универсальным источником энергии. В смеси включены все

необходимые витамины и минеральные вещества с несколько повышенным содержанием кальция, железа и цинка, а также незаменимая небелковая аминокислота таурин, участвующая в формировании центральной нервной системы и зрительного анализатора [5]. Смеси – гидролизаты содержат расщепленные пищевые компоненты и усваиваются без участия пищеварительных ферментов, занимая промежуточное место между энтеральным и парентеральным питанием. В этих смесях предусматривается отсутствие дисахаридов лактозы и сахарозы и они могут включать крахмал, декстрин-мальтозу и моносахара (глюкозу, фруктозу). Эти смеси предназначены для детей первого года жизни с тяжелой поливалентной аллергией, тяжелыми нарушениями питания, процессов расщепления и всасывания пищи. К таким смесям относятся Альфаре* (Нестле, Швейцария), Прегестимил** (Мид Джонсон, США), Нутрамиген* (Мид Джонсон, США), Пептиди – Тутелли* (Валио, Финляндия), Пепти Юниор (Нутриция, Нидерланды), «Беллакт низколактозный». При наличии у детей с гипотрофией инфекционных осложнений, а также на фоне антибактериальной терапии и для профилактики больным рекомендуется использовать адаптированные кисломолочные смеси – пробиотики с добавлением бифидобактерий, которые подавляют рост патогенной кишечной флоры. Примером такой смеси является НАН кисломолочный (Нестле, Швейцария). К жидким адаптированным кисломолочным смесям относят производимые в смеси Агу-1 и Агу-2, «Беллакт – бифидо». Белок из этих смесей усваивается лучше, поскольку находится в частично расщепленном состоянии [6]. При упорных срыгиваниях, неустойчивом стуле показаны антирефлюксные смеси с загустителями, которые нормализуют двигательную активность ЖКТ. «Беллакт АР+», Нутрилон антирефлюкс (Нутриция, Нидерланды), Фрисовом (Фризеленд Ньютришн, Голландия). Адаптационный период заканчивается при достижении необходимого суточного объема пищи и расчете белков, жиров и углеводов на фактическую массу тела [7]. При купировании диспепсических проявлений и стабилизации весовой кривой переходят к репарационному периоду диетотерапии. В репарационный период белки и углеводы рассчитывают на приблизительно должную массу, которая определяется по следующей схеме: на первой неделе фактическая масса +5% от нее, на второй неделе – к фактической массе прибавляется 10%, на третьей неделе – 15%, на четвертой – 20%. В течение всего этого периода жиры должны рассчитываться на фактическую массу тела. В следующий период усиленного или оптимального питания ребенок получает белки и углеводы на должную массу, а жиры – на среднюю между фактической и должной [8]. В этот период ребенок должен получать положенные по возрасту прикормы и пищевые добавки. При гипотрофии III продолжительность адаптационного периода может колебаться от 7 до 14 дней в зависимости от используемых смесей. В первый день назначается ½ необходимого суточного объема пищи (примерно 100 мл/кг). Количество кормлений равно 10. Суточный объем увеличивается каждый день на 100 мл. Каждая разовая доза становится больше на 50 мл, переходят на 8 – разовое кормление. Расчет белков, жиров и углеводов проводится на фактическую массу ребенка. Если несмотря на такую разгрузку, сохраняются признаки нарушения пищевой толерантности (срыгивание, рвота, снижение массы тела), ребенка переводят на полное парентеральное питание с добавками парентеральных витаминов: водорастворимых – «Солювит» и жирорастворимых – «Виталипид». Адаптационный период заканчивается при достижении необходимого суточного объема пищи, а белки, жиры и углеводы рассчитываются на фактическую массу ребенка. Репарационный период проводится, как и при гипотрофии II степени. На репарационном этапе у больных с тяжелой гипотрофией и выраженными изменениями ЖКТ часто возникает диарейный синдром. Он, как правило, связан с двумя причинами. Первая – недостаток лактазы кишечника: при этом появляется стул с большим количеством свободной жидкости, пенистый, рН кала <5. В таких случаях ребенка переводят на безлактозные смеси на основе коровьего молока. НАН безлактозный (Нестле, Швейцария), Нутрилак безлактозный (компания Нутритек, Россия). Особенностью этих смесей является включение в их состав нуклеотидов, что позволяет быстрее восстановить целостность слизистой оболочки кишечника и, следовательно, активность лактазы. Не содержат лактозы соевые смеси, но растительный белок усваивается хуже, чем животный, и предпочтение должно отдаваться молочным смесям. Назначение соевых смесей рекомендовано детям после 3 месяцев («Беллакт СОЯ»). Вторая причина диареи – дефицит панкреатической липазы, что приводит к плохой переносимости жиров. В копрограмме выявляется большое количество нейтрального жира, рН кала повышается до 8 и выше. В этом случае назначаются смеси с измененным жировым компонентом, разработанные для больных муковисцидозом: «Альфаре» (Нестле, Швейцария), Хумана (ЛЦ+СТЦ) (Хумана, Германия). В этих смесях жир представлен среднецепочечными триглицеридами, всасывающимися без участия. Дальнейшая тактика при гипотрофии III такая же, как и при гипотрофии II степени. Введение прикорма и пищевых добавок при гипотрофии имеет ряд особенностей. Важно не задерживать их сроки, а в ряде случаев некоторые их виды давать несколько раньше. Так, овощное пюре из бело-зеленых овощей рекомендуется давать с 3,5 мес., мясо – с 5,5 мес. Рекомендуется раннее с 2-2,5 мес. введение мясного бульона, как хорошего сокогонного средства. В этом случае бульон дают по 1-2 чайной ложки 1-2 раза в день до кормления. Каша (рисовая, гречневая, овсяная) вводится в обычные сроки (5-5,5 мес). Манная каша содержит большое количество глютена и плохо усваивается детьми первого года жизни. Цельное молоко и кефир в настоящее время не рекомендуется детям до 1 года. Вместо них используются последующие смеси для детей с 6 мес, которые по составу находятся между грудным и коровьим молоком. Учитывая недостаточность ферментативной активности ЖКТ, пищевые добавки также имеют свои особенности – так, яйцо лучше давать не куриное, а перепелиное, сахара восполняются за счет

фруктозы, жир – за счет оливкового и высококачественного сливочного масла. Фармакотерапия гипотрофии включает следующие направления:

1) Витаминотерапия и ферментотерапия.

а) Витамин С 50-100 мг 1-2 р/сутки, 3-4 недели (в фазу адаптации и репарации при всех степенях гипотрофии).

б) Витамин Е внутрь 5 мг/кг/сут в 2 приема во второй половине дня, 3-4 недели (в фазы репарации и усиленного питания).

в) Витамин А внутрь 1000-5000 МЕ/сут в 2 приема во второй половине дня, 3-4 недели (в фазы репарации и усиленного питания).

г) Витамин В6 внутрь 10 МГ 1 р/сут, 3-4 недели (в фазы репарации и усиленного питания).

д) Кальция пантотенат внутрь 0,05-0,1 г 2 р/сут, 3-4 недели (в фазы репарации и усиленного питания).

2) Ферментотерапия проводится панкреатином внутрь из расчета 1000ЕД липазы/кг/сут в 3 приема во время еды, 2-3 курса по 2 недели с 2-х недельным перерывом (в фазы репарации и усиленного питания). Наиболее оптимально применение микросферических форм панкреатина.

3) Применение лекарственных средств, обладающих анаболическим эффектом.

При низкой толерантности к пище в фазу адаптации, отсутствие прибавки массы тела показано назначение концентрированных растворов глюкозы в сочетании с инсулином из расчета 1 ЕД на 5 г декстрозы). В фазу усиленного питания показано назначение лекарственных средств с анаболическим эффектом: рибоксина (инозина) внутрь до еды 10мг/кг/сут в 2 приема во второй половине дня в течение 3-5 недель. Назначение лекарственных средств, обладающих стресслимитирующим действием [1]. Стресслимитирующим действием обладают также витамин А и витамин Е. Симптоматическая терапия включает лекарственные средства, нормализующие микрофлору кишечника, ноотропные препараты, препараты железа.

Список литературы / References

1. *Алферов В.П., Романюк Ф.П.* Питание детей первого года жизни. Пособие для врачей. 2-е изд., допол. и перераб. – С.-Пб., 2003, 48 с.
2. *Нетребенко О.К.* К вопросу о выборе лечебных смесей для питания больных детей./ Вопросы современной педиатрии, 2004, т.3, №1, с.73-75.
3. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т2 – 1024 с.
4. *Самаль Т.Н., Украинцев С.Е.* Гипотрофия у детей раннего возраста: клиника, диагностика, современные подходы к лечению (Учебно-методическое пособие) – Минск, БГМУ, 2004 г. -22 с.
5. Хронические расстройства питания у детей первого года жизни. (Учебно-методическое пособие). – Минск, Бел-МАПО, 2002. – 40 с.
6. *Алферов В.П., Романюк Ф.П.* Питание детей первого года жизни. Пособие для врачей. 2-е изд., допол. и перераб. – С.-Пб., 2003,-48 с.
7. *Нетребенко О.К.* К вопросу о выборе лечебных смесей для питания больных детей./ Вопросы современной педиатрии, 2004, т.3, №1, с.73-75.
8. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т2 – 1024 с.
9. *Самаль Т.Н., Украинцев С.Е.* Гипотрофия у детей раннего возраста: клиника, диагностика, современные подходы к лечению (Учебно-методическое пособие) – Минск.