

Сучасні тенденції в дитячій нутриціології: нові рекомендації

Автори: О.Г. Шадрін, О.Ю. Белоусова, С. О. Крамарьов, О.В. Швець
27.06.2019

16 квітня за підтримки Міністерства охорони здоров'я України та ВГО «Асоціація педіатрів-гастроентерологів та нутриціологів України» відбулася щорічна науково-практична конференція «Актуальні питання дитячої нутриціології». На заході, що проходив у самому центрі Києва в сучасному конференц-холі «ДЕПО», зібралися провідні вітчизняні науковці та лікарі-практики різних спеціальностей. Насичена програма усних та стендових доповідей з позицій мультидисциплінарного підходу вкотре об'єднала лікарів первинної ланки, неонатологів, дієтологів, гастроентерологів, дитячих інфекціоністів, психологів для обміну досвідом ведення дітей з гастроінтестинальними хворобами та підвищення якості спеціалізованої допомоги згідно зі світовими стандартами.

Вже традиційно конференція проходила під головуванням президента Асоціації педіатрів-гастроентерологів та нутриціологів України, завідувача відділення проблем харчування та соматичних захворювань у дітей раннього віку ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктора медичних наук, професора Олега Геннадійовича Шадріна, який у вступному слові привітав учасників та побажав їм плідної праці. Прекрасна атмосфера, обґрунтовані доповіді з чіткою орієнтацією на практикуючого лікаря, жваві дискусії між присутніми у залі та визнаними експертами сприяли плідній та результативній роботі.

Про особливості функціональної патології гастродуоденальної зони у дітей, основні принципи профілактики та терапії розповіла завідувач кафедри педіатричної гастроентерології та нутриціології Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор Ольга Юрївна Белоусова.

– Згідно з даними численних досліджень, щонайменше у 20% дорослих присутні хронічні симптоми, пов'язані з гастродуоденальними порушеннями. У дітей патологія гастродуоденальної зони зустрічається частіше і становить 75%, причому в більшості випадків будь-які структурні зміни з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) відсутні (S. Mahadeva, 2016). Диспепсія як класичний прояв гастродуоденальної дисфункції не є специфічним синдромом і може зустрічатися як при органічній та функціональній патології ШКТ, так і при багатьох негастроентерологічних захворюваннях. Доведено, що менш як 50% хворих мають диспепсичні розлади, пов'язані з органічною патологією, – гастроезофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), дисфункція сфінктера Одді, виразкова хвороба тощо. У більшості випадків при ретельному обстеженні пацієнтів не виявляється структурних морфологічних змін. Тому в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду функціональна диспепсія (ФД) була виділена в окрему нозологічну форму під шифром K30. Патофізіологія ФД складна, мультифакторна й до кінця не вивчена. На підставі Римського консенсусу IV комітет експертів акцентував увагу на тому, що функціональні захворювання ШКТ – це група розладів, які характеризуються порушенням взаємодії центральної нервової системи (ЦНС) з периферичною ланкою нервової системи, що контролює роботу органів травлення (вісь головний мозок – ШКТ; N.I. Talley, 2015). У дітей з ФД значно знижується якість життя, що пов'язано з емоційним дистресом та зниженням працездатності. Для швидкої корекції функціональних захворювань ШКТ у дитячій практиці лікарі первинної ланки на догоспітальному етапі часто вдаються не до патогенетичних, а до емпіричних призначень медикаментозних препаратів. Це відповідає останнім міжнародним рекомендаціям (ACG, AAP, WGO, 2015), згідно з якими тактика емпіричної терапії вважається ефективною у випадках ГЕРХ, диспепсії, біліарних дисфункцій. Характерними проявами ФД є біль або відчуття жару в епігастральній та пілородуоденальній зоні, нудота, відрижка, печія, здуття верхньої частини живота, відчуття переповнення шлунка, швидке перенасичення.

Не існує єдиної скарги, специфічної для хворих з ФД: у 99% пацієнтів виникає ≥ 2 симптоми одночасно, у 80% – > 5 . Симптомами ФД, що найчастіше зустрічаються у дорослих, є печія

та регургітація, у дітей – нудота та відрижка (P.E. Human, 2016). Якщо врахувати, що нудота виникає при значному підвищенні інтрадуоденального тиску (особливо у випадках гіпертонусу сфінктерів), а відрижка – при підвищенні внутрішньошлункового тиску (передусім при недостатності нижнього стравохідного сфінктера), стають зрозумілі патогенетичні труднощі лікування ФД у дитячому віці. Саме тому при поєднаних функціональних розладах верхніх відділів ШКТ, які супроводжуються великою кількістю скарг, особливо на нудоту та відрижку без органічних порушень, запропоновано використовувати препарати багатовекторної дії, які забезпечують позитивний ефект при монотерапії. До прокінетичних препаратів, які потенційно здатні нормалізувати рухову активність дванадцятипалої кишки та протидіяти ретроградній перистальтиці шлунка, відповідно до міжнародної класифікації належать:

- антагоністи 5-HT₃-рецепторів;
- агоністи 5-HT₄-рецепторів;
- блокатори допамінових рецепторів, які поділяються на неселективні, селективні I покоління, селективні II покоління.

Попри велику різноманітність прокінетиків, існують певні обмеження та застереження щодо їх застосування в дитячій практиці. На сьогодні для успішного лікування педіатричних хворих, які скаржаться на важкість в епігастральній ділянці, переповнення шлунка, здуття верхньої частини живота, відрижку, гикавку, нудоту та печію, доцільно призначати селективні блокатори допамінових рецепторів I покоління (домперидон). Механізм дії препарату подібний до такого метоклопраміду, однак він майже не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, що значно знижує вірогідність розвитку побічних екстрапірамідних ефектів.

Багато уваги на конференції приділялося аліментарним та медикаментозним підходам до ведення дітей з інфекційними діареями з позиції доказової медицини. Сучасні міжнародні рекомендації щодо вирішення цієї проблеми озвучив перед медичною спільнотою **завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О.**

Богомольця, доктор медичних наук, професор Сергій Олександрович Крамарьов.

– Однією з 5 основних причин смертності у дітей віком до п'яти років є інфекційна діарея.

На жаль, попри появу дієвої вакцини від ротавірусного збудника, проблема кишкової інфекції залишається актуальною навіть в економічно розвинених країнах. Сучасні методи лікування інфекційних діарей у дітей регламентуються науково-довказовими міжнародними рекомендаціями: Американської асоціації інфекціоністів (IDSA, 2017), Європейського товариства дитячих гастроентерологів, гепатологів та нутриціологів (ESPGHAN, 2014), Керівництва з лікування гострого гастроентериту у дітей в амбулаторних умовах (додаток ESPGHAN, 2016). Відповідно до рекомендацій ESPGHAN (2014), ведення хворих дітей з інфекційною діареєю включає: пероральну регідrataцію з застосуванням гіпоосмолярних розчинів (цей метод залишається ключовим при лікуванні зневоднення під час кишкових розладів); активну терапію, яка може скоротити тривалість та тяжкість діарей у дітей.

Ефективним вважається застосування пробіотиків, що містять *Lactobacillus*

GG або *Saccharomyces boulardii*, діосмектиту та антисекреторного препарату рацекадотрилу.

Антибіотики призначаються лише за показаннями. Грудне вигодовування переривати не слід.

При стаціонарному лікуванні немовлят, що не отримують грудне молоко, а також дітей першого року життя рекомендовано переводити на годування безлактозними сумішами.

Практично при всіх інфекційних діареях розвивається лактазна недостатність, що було доведено у численних дослідженнях. Так, при ротавірусному гастроентериті вторинна лактазна недостатність виникає майже у 100%, при бактеріальних діареях – у 35-40% хворих.

Активність лактази у дітей раннього віку після перенесеної тяжкої кишкової інфекції відновлюється до 8-го тижня. Тому основним правилом у цей період залишається обмеження надходження вуглеводів до ШКТ. Відповідно до міжнародних настанов щодо дієти при гострому гастроентериті у дітей грудного віку обов'язково слід зберігати грудне вигодовування та режим харчування, що був до захворювання. У 1-шу – 2-гу добу у дітей на штучному вигодовуванні та у дітей першого року життя використовують безлактозні суміші; у дітей старшого віку дієта повинна містити простий крохмаль (каші), фрукти (яблука, банани), овочі, пісне відварене м'ясо, йогурт (CDC, 2003). Рекомендоване раннє відновлення харчування в перші 24 години після початку пероральної регідrataції (CDC, 2008) з подальшим дотриманням звичайної дієти відповідно до віку дитини під час або відразу після завершення регідrataційної терапії.

Антибіотикотерапія при інфекційних діареях у дітей залишається вкрай суперечливим питанням для клініцистів, оскільки причиною виникнення понад 70% гострих гастроентеритів є віруси. Тому алгоритм призначення антибіотиків передусім залежить від належного

і своєчасного розпізнавання вірусної (секреторної) чи бактеріальної (інвазивної) етіології діареї. Оптимальним варіантом є проведення бактеріологічного та вірусологічного дослідження, але наразі у світі більше користуються синдромальним підходом для визначення діагнозу. Найбільш частими збудниками інвазивних кишкових розладів у Європі є *Campylobacter*, *Salmonella*, *Enteropathogenic E. coli* (EPEC) та *Enteraggregative E. coli* (EPEC). У європейських рекомендаціях щодо антибіотикотерапії препаратами вибору для лікування найбільш поширених інвазивних діарей у дітей при визначеному збуднику є макроліди та цефалоспорины III покоління; як альтернативний варіант застосовуються фторхінолони, триметоприм/сульфаметоксазол (ESPGHAN, 2014). Ніфуроксазид не входить до сучасних рекомендацій (США, Європа) щодо лікування інвазивних діарей. Про очевидний зв'язок між раціоном та рівнем захворюваності органів травного тракту, важливість дієти в комплексному лікуванні функціональної патології кишечника наголосив президент Асоціації дієтологів України, кандидат медичних наук Олег Віталійович Швець.

– Відповідно до Римських критеріїв IV поширеність функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей від 0 до 3 років складає 24,7%, у дітей та підлітків віком 4-18 років – 25%. Найбільш розповсюдженими функціональними розладами ШКТ є регургітація у немовлят (24,1%) та функціональні запори, які спостерігаються у 18,5% дітей 2-3 років та 14,1% дітей старшого віку (S.G. Robin, 2018). Римські критерії IV досить чітко розподіляють функціональні порушення травної системи залежно від віку, оскільки деякі стани з часом можуть самостійно проходити або успішно коригуватися за допомогою дієти. Пацієнти з функціональними абдомінальними розладами найчастіше пов'язують появу симптомів (біль, нудота, дискомфорт) з вживанням їжі.

Патофізіологія функціональних кишкових розладів базується на таких ключових механізмах: порушенні гастроінтестинальної моторики, секреції іонів кишковою стінкою, вісцеральній гіперчутливості. На всі ці процеси, безумовно, впливає харчування, стрес, генетична схильність, антибіотикотерапія, грудне вигодовування в ранньому дитинстві. Персоніфікований підхід до терапії функціональної патології травної системи включає визначення основних індивідуальних особливостей пацієнта (домінантні симптоми, попереднє лікування, очікування та особливі побажання), роз'яснення діагнозу та механізму виникнення симптомів хвороби, корекцію способу життя та харчування. На першому рівні дієтичних інтервенцій хворим надаються індивідуальні рекомендації для дотримання принципів здорового збалансованого харчування. Провідними вченими запроваджені базові настанови стосовно способу життя та харчування дітей та підлітків з функціональною діареєю, синдромом подразненого кишечника, непереносимістю лактози та фруктози. За відсутності позитивної динаміки протягом 6-8 тижнів під час дотримання цих рекомендацій варто запропонувати пацієнту фармакологічне лікування або спеціалізовану дієту з низьким вмістом фруктанів, оліго-, ди-, моносахаридів та поліолів (FODMAPs). Ефективність елімінації FODMAPs оцінюється за наявністю позитивної клінічної динаміки щодо зменшення таких симптомів, як біль, здуття, флатуленція та діарея. За відсутності ефективності через 4 тижні рекомендується повернення до здорової збалансованої дієти та пошук інших терапевтичних рішень. За наявності позитивної динаміки через 4-6 тижнів показане почергове часткове введення до раціону окремих нутрієнтів з помірним та високим вмістом FODMAPs для визначення кількості, в якій вони не провокують погіршення стану та добре переносяться пацієнтом. За результатами численних досліджень дієта Low FODMAPs вже довела свою ефективність. Однак тривале виключення з раціону корисних натуральних продуктів, що містять FODMAPs, має потенційні недоліки через обмеження вживання харчових волокон, дефіцит кальцію, зниження концентрації біфідобактерій у просвіті кишечника, розвиток запалення та переднеопластичних змін у кишечнику. Пацієнти з функціональною патологією кишечника потребують розробки оптимальної персоніфікованої дієти. Лише за цієї умови можливий вплив на ключові ланки патогенезу – дисбіоз, порушення моторики, вісцеральну гіперчутливість.