

ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

© Коллектив авторов, 2004

*Р. Г. Ловердо, Е. З. Титрова, Р. Л. Раковская, Л. П. Лещенко,
А. М. Сарычев, Д. Ю. Калабанов, Г. Г. Штокалов*

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ростовский государственный медицинский университет, муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения городская больница № 1 г. Ростов-на-Дону, РФ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени остаются наиболее частой патологией, особенно у детей раннего возраста. Установлено, что инфекционная диарея, сопровождающаяся развитием токсикоза, эксикоза на фоне анорексии и других локальных проявлений ОКИ, приводит к глубоким метаболическим нарушениям, что отражается на нутритивном статусе младенца [1, 2]. Доказано, что в остром периоде инфекционного заболевания при длительной анорексии усиливаются катаболические процессы вследствие повышенного потребления аминокислот в синтезе белков острой фазы воспаления, цитокинов и иммунных факторов, а для обеспечения адекватной антиоксидантной защиты организма необходимо достаточное потребление жиров и углеводов, микроэлементов и витаминов [2]. Все это указывает на необходимость рационального питания во время инфекционного заболевания [3].

Общеизвестно, что наиболее рациональным питанием у детей раннего возраста, в том числе и при ОКИ, является грудное вскармливание. Однако известно, что дети, находящиеся на естественном вскармливании, значительно реже болеют ОКИ по сравнению с детьми, получающими раннее искусственное вскармливание. В этом случае возникает необходимость выбора наиболее рационального и сбалансированного питания [3].

В последние годы был разработан ряд смесей, специально предназначенных для питания больных детей. К таким смесям, наиболее благоприятным при ОКИ, следует отнести смеси с пробиотиками (живыми бифидо- и лактобактериями) — НАН кисломолочный, НАН 6—12 [4—6].

Необходимо отметить, что довольно часто ОКИ развиваются на отягощенном преморбидном фоне, в частности, у детей, имеющих отягощенный аллергологический анамнез (пищевая аллергия, атопический дерматит и др.), а также первичную или

вторичную лактазную недостаточность [7]. Кроме того, установлено, что при ОКИ у 80% детей первых месяцев жизни формируется вторичная ферментная недостаточность вследствие функциональной гиполактазии. В этих случаях целесообразно назначение НАН-соя, НАН безлактозный [8, 9].

Целью нашей работы явилась отработка критериев выбора и изучение эффективности применения НАН кисломолочного и НАН-соя в диетотерапии у детей грудного возраста с ОКИ.

Клинические испытания проводили на базе 2-го детского инфекционного отделения МЛПУЗ городской больницы № 1 им. Н. А. Семашко. Под наблюдением находилось 60 детей в возрасте от 11 дней до 10 мес с ОКИ. Возрастной состав был следующим: до 1 мес — 20% (12 детей), до 3 мес — 25% (15 детей), до 6 мес — 30% (18 детей), до 10 мес — 25% (15 детей).

Все дети поступали в стационар в остром периоде заболевания с клиникой гастроэнтерита (54%) или гастроэнтероколита (46%), которые протекали в тяжелой форме у 30% и среднетяжелой — у 70% больных.

Этиологическая структура ОКИ представлена ротавирусной инфекцией — у 33,3% (20 детей), условно патогенными микробами (УПМ-диареи) (эшерихиоз, протеоз) — у 25% (15 детей), сальмонеллезом — у 41,7% (25 детей).

Дети первых месяцев жизни (45%) находились на раннем искусственном вскармливании в связи с развитием гипогалактии у матерей. Остальные дети (55%) были переведены на искусственное вскармливание в связи с введением прикорма. У 25% больных (15) имелся отягощенный аллергоанамнез (атопический дерматит, пищевая аллергия).

Все больные получали сходную базисную терапию, включающую оральную регидратацию глюколаном, при тяжелых формах — внутривенные капельные введения глюкозо-солевых растворов,

энтеросорбенты, антибактериальные или противовирусные препараты, симптоматические средства.

В диетотерапию у 38 детей (63,3%) были включены смеси — НАН кисломолочный у 28 детей (46,7%) и НАН-соя у 10 детей (16,7%). В группе сравнения (22 больных — 36,6%) дети получали смеси Малютка и Малыш.

Критериями оценки эффективности лечебного питания являлись следующие клинические симптомы: сроки исчезновения интоксикации, купирования срыгивания или рвоты, болевого синдрома и метеоризма, нормализация частоты и характера стула, прибавка массы тела, исчезновения экзантемы на коже, общая длительность пребывания больных в стационаре, а также данные копроцитограммы и микробиологического исследования кала. Наблюдения проводили ежедневно. Полученные данные статистически обрабатывали с определением достоверности.

В результате ежедневного мониторинга было установлено, что при ротавирусной инфекции в группе детей (10), получавших НАН кисломолочный, нормализация всех клинических показателей происходила к 3—4-му дню практически у 100% больных, а в группе сравнения — только у 30% детей. Сравнительная характеристика динамики клинических симптомов при ротавирусной диарее под влиянием кисломолочного НАН представлена на рис. 1. Как видно из рис. 1, купирование местных диспептических проявлений (срыгивания, рвота, метеоризм, кишечная колика), а также нормализация диарейного синдрома происходили достоверно быстрее в группе детей, получавших НАН кисломолочный. Длительность пребывания в стационаре у этих детей сокращалась в среднем на $2,3 \pm 0,3$ дня.

Сравнительный анализ данных больных сальмонеллезом и УПМ-диареей (18) выявил более быструю (в 2—3 раза) положительную динамику всех клинических симптомов у больных, получавших НАН кисломолочный (рис. 2). Так, в этой группе больных улучшение общего состояния, исчезновение симптомов интоксикации, купирование срыгиваний, рвоты, метеоризма наступали в первые 2 дня лечения, а нормализация диарейного синдрома наблюдалась к 5—6-му дню. В группе сравнения положительная динамика этих симптомов отмечалась на 3—5-й день, нормализация частоты и характера стула — к концу 9—14-го дня лечения ($p < 0,05$), что сказывалось на сроках пребывания детей в стационаре. У детей, получавших НАН кисломолочный, значительно сокращались сроки пребывания в стационаре — в среднем на $3,8 \pm 0,3$ дня.

Объективным подтверждением купирования диарейного синдрома в этих группах являлись данные копроцитограмм, указывающие на восстановление ферментативной недостаточности кишечника к 7—8-му дню лечения у 78,6% (22) детей. В группе сравнения ни у одного больного в эти сроки нормализация копроцитограмм не была зарегистрирована. И только после дополнительного назначения пробиотиков и ферментов отмечалось постепенное восстановление показателей копроцитограммы. Кроме того, необходимо отметить, что под влиянием кисломолочного НАН отмечалось отчетливое улучшение аппетита и хорошая прибавка массы тела (на 200—300 г) к концу проводимого лечения у 86% детей, что совпадает с данными литературы [6, 7].

В группе детей с отягощенным аллергологическим анамнезом и сальмонеллезом (10) была назна-

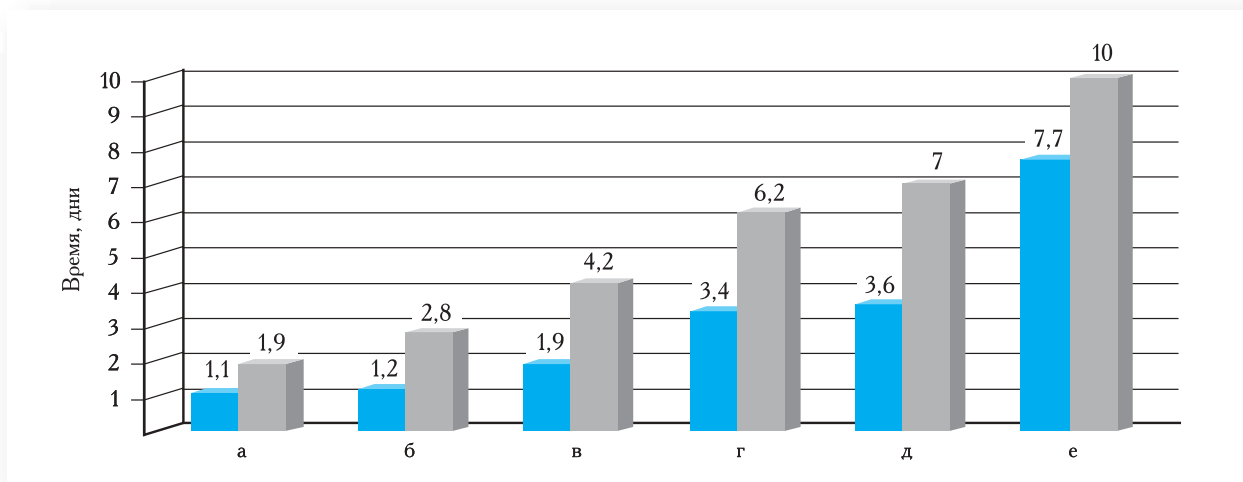


Рис. 1. Динамика клинических симптомов ротавирусной диареи на фоне применения НАН кисломолочный. Здесь и на рис. 2: а — интоксикация; б — срыгивание, рвота; в — метеоризм, кишечная колика; г — нормализация частоты стула; д — нормализация характера стула; е — длительность пребывания в стационаре; ■ НАН кисломолочный; ■ группа сравнения.

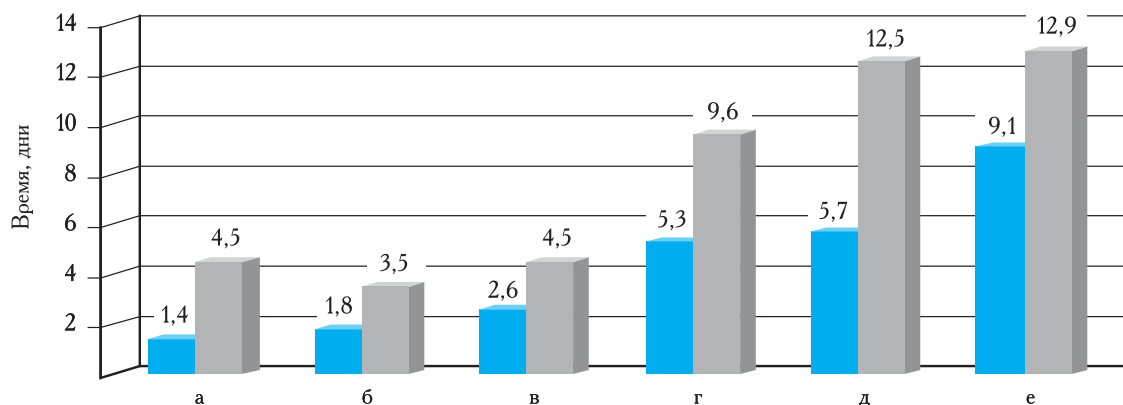


Рис. 2. Динамика клинических симптомов острого сальмонеллеза и УМП-диареи на фоне использования НАН кисломолочный.

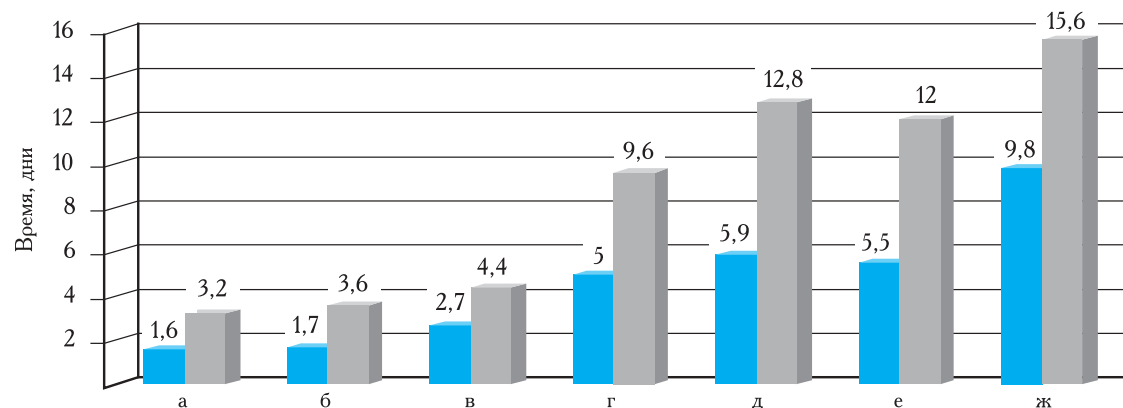


Рис. 3. Динамика клинических симптомов острого сальмонеллеза у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом на фоне применения НАН-сои.

а — интоксикация; б — срыгивание, рвота; в — метеоризм, кишечная колика; г — нормализация частоты стула; д — нормализация характера стула; е — исчезновение кожных проявлений атопического дерматита; ж — длительность пребывания в стационаре; ■ НАН-соя; ■ группа сравнения.

чена диетотерапия в виде НАН-сои. Данные сравнительного изучения эффективности применения этой смеси представлены на рис. 3, из которого видно, что отмечается хороший эффект назначенной диетотерапии. У этой группы больных происходила более быстрая (в 2 раза) положительная динамика клинических симптомов ОКИ, что сказывалось на сроках пребывания детей в стационаре — сокращение в среднем на $5,8 \pm 0,4$ дня. Важно отметить, что у детей с проявлениями атопического дерматита на фоне диетотерапии к 5—7-му дню лечения практически исчезали все кожные проявления, в то время как в группе сравнения они сохранялись, несмотря на назначение антигиста-

минных препаратов вплоть до выписки из стационара.

Микробиологическое исследование кала у исследуемых больных при поступлении выявило наличие сальмонелл мышинного тифа у 25, энтеропатогенной *E. coli* — у 5 и *Pr. mirabilis* — у 10 детей. Методом ротатеста у 20 детей определены ротавирусы в титрах 1/32—1/128. Повторные контрольные исследования кала перед выпиской у всех больных, получавших кисломолочный НАН, дали отрицательные бактериологические результаты и наличие у одного ребенка (10%) ротавируса в титре 1/8. В группе сравнения в периоде реконвалесценции повторное выделение сальмонеллы мышин-

ного тифа имело место у 2 детей (20%), *Pr. mirabilis* — у 3 (42,8%) и ротавируса у 4 больных (40%) в титре 1/8—1/16 ($p < 0,01$).

При исследовании кала на дисбактериоз только у 28,9% (11) детей, получавших смеси НАН, были обнаружены снижение уровня бифидо- или лактобактерий (до 10^6), наличие *E. coli* с низкой ферментативной активностью, грибы *Candida* (10^4). В группе сравнения практически у всех детей имели место проявления дисбиоза не только в виде снижения или отсутствия облигатной микрофлоры, но и выраженного роста УПМ — стафилококка, клебсиеллы, цитробактера и др. (10^5 — 10^8), грибов рода *Candida* (10^5).

Таким образом, целесообразно использовать НАН кисломолочный в комплексном лечении ОКИ вирусной и бактериальной этиологии у грудных детей, находящихся на раннем искусственном вскармливании, а при наличии отягощенного анамнеза смесью выбора является НАН-соя. Эти смеси имеют адаптированный состав по белку, жировому компоненту, микроэлементам. В кисломолочном НАН имеются живые пробиотики, что способствует быстрому функциональному восстановлению работы кишечника. Углеводный компонент в смеси НАН-соя представлен мальтодекстрином, что позволяет корректировать лактазную недостаточность, а изолят сои — фоновую сенситизацию к белкам коровьего молока.

Назначение НАН кисломолочного и НАН-соя в диетотерапии ОКИ у детей грудного возраста приводит к купированию всех клинических симптомов ОКИ в 2—3 раза быстрее по сравнению с группой сравнения, что отражается на сроках

пребывания больных в стационаре. Сокращение длительности пребывания больных в стационаре дает возможный экономический эффект от 1,5 до 2,5 тыс рублей на одного больного.

Использованные лечебные смеси улучшают состав микрофлоры кишечника, что стимулирует резистентность организма и снижает риск повторных ОКИ, в том числе и внутрибольничных заражений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воротынцева Н. В., Мазанкова Л. Н. Острые кишечные инфекции у детей. — М., 2001. — 480 с.
2. Мухина Ю. Г. // Бюлл. Нестле. — 2003. — № 13. — С. 1—4.
3. Новокионов А. Н., Мазанкова Л. Н., Соколова Н. В. // Детские инфекции. — 2002. — № 1. — С. 32—37.
4. Хашке Ф., Нетребенко О. К. // Питание детей грудного и раннего возраста. Опыт использования детских лечебных смесей Нестле в педиатрической практике. — М., 2002. — С. 70—78.
5. Нетребенко О. К. // Педиатрия. — 2002. — № 6. — С. 80—82.
6. Скрипченко Н. В., Тихомирова О. В., Кириленко Л. А. // Питание детей грудного и раннего возраста. Опыт использования детских лечебных смесей Нестле в педиатрической практике. — М., 2002. — С. 49—55.
7. Дубровская М. И., Мухина Ю. Г., Нетребенко О. К. // Леч. врач. — 2003. — № 5. — С. 58—60.
8. Нетребенко О. К. // Питание детей грудного и раннего возраста. Опыт использования детских лечебных смесей Нестле в педиатрической практике. — М., 2002. — С. 132—136.
9. Ревякина В. А. и др. Лечебное питание детей с атопическим дерматитом. (Пособие для врачей). — М., 2002. — С. 36.