

Сучасні можливості нутритивної та медикаментозної корекції метаболічних розладів у дітей дошкільного віку

Збалансований за калорійністю та нутрієнтами раціон є не тільки трендом XXI століття, а й ефективним методом підвищення загальної опірності організму, позитивного тривалого впливу на продовження та покращення якості життя у майбутньому. Для дітей раннього віку через високу активність метаболічних процесів, посилений ріст і розвиток неповноцінне харчування та дефіцит мікро- й макронутрієнтів є найбільш критичним. Під час авторського вебінару «Конспект педіатра: актуальні питання дитячої гастроентерології», який відбувся 9 лютого, тему недостатності харчування та можливостей її корекції в практиці педіатра і сімейного лікаря висвітлювала завідувачка кафедри педіатричної гастроентерології та нутриціології Харківської медичної академії післядипломної освіти, голова Харківського обласного осередку Асоціації педіатрів-гастроентерологів і нутриціологів України, доктор медичних наук, професор Ольга Юріївна Белоусова.

— На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2011), здоров'я людини на 20% залежить від генетичних факторів та на 80% — від чинників зовнішнього середовища (харчування, способу життя, стресів та ін.). При цьому у 3/4 населення світу наявні патологічні стани, у розвитку і прогресуванні яких має значення нерациональне харчування.

На підставі результатів тривалих спостережень і цілої низки проведених багатоцентрових досліджень експерти Європейського товариства дитячих гастроентерологів, гепатологів та нутриціологів (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition, ESPGHAN) у 2010 р. зробили висновок про те, що харчування дитини у неонатальному і молодшому віці впливає не тільки на фізичний розвиток малюка, а й на частоту розвитку шлунково-кишкових, респіраторних, алергічних захворювань та базові показники обміну речовин у дорослому віці. Таким чином, в основі значного поширення хронічних неінфекційних захворювань у зрілому та літньому віці лежать особливості харчування дитини у ранньому віці. Найбільш сприйнятливий до неправильного харчування діти першого року життя у зв'язку з їх інтенсивним ростом і розвитком. При цьому найшвидше реагує на дефіцит нутрієнтів центральна нервова система. Ось чому недостатність харчування на першому році життя дитини неможливо компенсувати у наступні періоди.

Необхідно пам'ятати про те, що особливу увагу харчуванню дитини слід приділяти у три періоди найбільш інтенсивного росту (перший рік, 4-5 років і пубертатний період), оскільки в цей час адаптаційні можливості організму знижені, що зумовлює часту маніфестацію функціональних гастроентерологічних порушень. Вища потреба у нутрієнтах у дітей також спричинена обмеженими можливостями організму запасати поживні речовини, особливостями перебігу метаболічних процесів, що зумовлює вищу схильність до розвитку різних порушень нутритивного статусу. Тому повноцінне харчування, збалансоване за макро- та мікронутрієнтами й калорійністю, є надзвичайно важливим для дитячого організму.

При розгляді піраміди харчування в європейських країнах основу раціону складають овочі та фрукти у співвідношенні 3:1, в Україні перше місце у цій системі належить виробам зі злаків і борошна, що є категорично неправильним розподілом. Важливе значення у раціональному харчуванні сьогодні належить незамінним нутрієнтам (білок, поліненасичені жирні кислоти, вода, вітаміни, мінерали), які організм не може синтезувати, накопичувати та недостатність яких може негативно вплинути на стан здоров'я. Наявність білка тваринного походження у раціоні необхідна через повний спектр незамінних амінокислот у його складі.

Дефіцит омега-3 ненасичених жирних кислот, що часто виявляють у українських дітей, може призводити до відхилень у розвитку нервової системи, порушень зору та периферичної нейропатії, тоді як нестача омега-6 ненасичених жирних кислот супроводжується порушенням росту, шкірними змінами (сухістю, потовщенням шкіри, екземою, випадінням волосся), дегенерацією печінки, нирок, частими інфекціями, поганим загоєнням ран. З метою належного поповнення вмісту омега-3 ненасичених жирних кислот рекомендовано включати в раціон дитини лляну олію чи риб'ячий жир.

Особливе значення у підтримці здоров'я людини відіграють і мікронутрієнти — вітаміни та мінеральні речовини. За даними дослідження Х. Yang та співавт. (2017), проведеного в США, виражене «мікроелементне голодування» спостерігалось у раціоні більшості дівчаток. Так, їжа, яку вживали діти, тільки на 53% забезпечувала добову потребу в кальції, на 56% — у цинку, на 48% — в селені та на 43% — у йоді.

У клінічній практиці досить часто трапляються ситуації, коли аналіз фактичного раціону демонструє аліментарний

дефіцит нутрієнтів. Проте однозначно стверджувати про наявність у дитини первинної недостатності харчування без додаткового обстеження неможливо. Це пов'язано з тим, що різноманітні порушення харчової поведінки можуть супроводжувати багато соматичних та інфекційних захворювань, це дозволяє визначити наявність взаємозв'язку між первинною та вторинною мальнутрицією.

Анорексію сьогодні розглядають не тільки як патологічний стан, який характеризується неадекватним бажанням схуднути через тривале обмеження харчування з подальшим формуванням соматичних порушень, але і як стан, що супроводжується стійкою відсутністю апетиту при фізіологічній потребі поживних речовин, яка зумовлена порушенням діяльності харчового центру, супутньою патологією чи інтоксикацією.

При веденні дитини зі скаргами на поганий апетит педіатру насамперед слід об'єктивно проаналізувати її раціон на основі попередньо заповненого щоденника чи підрахунку калорійності та харчової цінності раціону. Також потрібно адекватно оцінити антропометричні показники на основі регіонально адаптованих таблиць стандартів сигмального чи центрального типу, в яких за нормальні величини приймаються значення, що наявні у половини здорових дітей такого самого віку та статі та перебувають в межах 25-50-75-го центиля.

У 2013 р. розлад вибіркового харчування (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) було виділено в окремий діагноз. Він характеризується порушенням прийому їжі через її уникнення чи обмеження та часто притаманний дітям з аутизмом. У літературі описано декілька випадків смерті від цього синдрому внаслідок виснаження організму. Прояви ARFID переважно з'являються в дитинстві, проте можуть спостерігатися чи зберігатися в зрілому віці. Люди, які відповідають критеріям ARFID, мають характерний тип проблем, пов'язаний із прийомом їжі, в результаті яких вони можуть не отримувати достатню кількість калорій зі свого раціону. Сьогодні виділяють багато типів проблем із харчуванням, які можуть спровокувати розвиток ARFID, а саме: повна відсутність апетиту, вживання дуже малих порцій, відмова від прийому продуктів певного кольору чи окремої текстури, страх ковтання після пережитого раніше хвилюючого епізоду задишки чи блювання, розлади перетравлення певних продуктів.

Через недостатнє надходження калорій з їжею у дітей з ARFID відмічають втрату маси тіла (переважно у старших дітей і дорослих) чи недостатні темпи набору маси тіла відповідно до вікових норм (частіше у малюків і дітей раннього віку). Діагноз ARFID встановлюють на підставі виявлення різних розладів харчування (відсутність інтересу до їжі, відраза до продуктів харчування через сенсорні характеристики страв, хвилювання з приводу небажаних наслідків прийому їжі), які проявляються у постійній відмові від задоволення потреб організму, що може призвести до значної втрати маси тіла, дефіциту поживних речовин, зміни психосоціального функціонування, залежності від зондового харчування чи пероральних харчових добавок. Крім того, у такого пацієнта немає ознак спотвореного сприйняття власного тіла та інших причин, які б мотивували бажання знизити масу тіла, як при нервовій анорексії чи нервовій булімії. Це порушення харчування не пов'язане з супутніми соматичними захворюваннями, його неможливо пояснити іншими психологічними розладами.

Проте найчастіше причинами анорексії є функціонально-психогенні чи ситуативні зміни, пов'язані з неадекватним режимом сну та активності, режимом годування, соціально-психологічною ситуацією в сім'ї. Пацієнтам та їх родичам потрібно рекомендувати таке: забезпечити можливість дитини повноцінно харчуватися у сім'ї, не примушуючи її їсти, та формувати звичку до прийому їжі в той самий час. Рідко можна використовувати метод 1-2 «голодних днів» шляхом виключення з раціону сім'ї шкідливих продуктів



О.Ю. Белоусова

і приготування тільки корисних страв. Якщо дитина відмовляється від вживання здорової їжі, страву відкладають у холодильник, а наступний прийом їжі пропонують дитині мінімум через 3 години. Суть методу полягає у тому, що здорова дитина ніколи не буде перебувати в стані голоду при наявності їжі. За потреби можна призначити консультацію психолога та лікарські засоби.

Спектр лікарських препаратів, які використовують у комплексному лікуванні анорексії у дітей дошкільного віку, достатньо вузький. Згідно з сучасною Анатомічно-терапевтично-хімічною класифікацією препаратів, до засобів, які впливають на травну систему і метаболізм, належать:

- рослинні гіркоти (настій полину, подорожника, айру), які мають обмежену ефективність і характеризуються недостатнім комплаєнсом у дітей молодшого віку через їх органолептичні характеристики, зокрема неприємний смак, що робить їх тривалий прийом неможливим в усуненні порушень апетиту;
- хлористоводнева кислота з пепсином, натуральний шлунковий сік, які також характеризуються недостатнім комплаєнсом;
- ферменти підшлункової залози, тривале вживання яких слід вважати обґрунтованим тільки за наявності клініко-лабораторних ознак синдрому мальдигестії/мальабсорбції, диспептичних порушень;
- гормональні лікарські засоби анаболічної дії (ретаболіл тощо) та ті, що належать до статевих гормонів (метандростендіол та його аналоги), прийом яких дітьми загрожує можливістю незворотного порушення росту та розвитку, ендокринного дисбалансу в організмі дітей віком 4-6 років, які у цей період активно ростуть;
- препарати, що впливають на гіпоталамус (метопін), який блокує серотонін, дія якого спрямована на латеральні гіпоталамічні ядра, що відповідають за контроль апетиту;
- протиастенічні препарати, що стимулюють апетит, прийом яких є виправданим при станах, що виникають у результаті тривалого дотримання раціону з низьким умістом харчових речовин та у період підвищених фізичних і психологічних навантажень.

Одним із протиастенічних засобів, представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку компанією «Фармак», є біологічна добавка **Гепаргін®**. Вона випускається у формі розчину у флаконах по 10 мл та містить аргініну цитрату нейтрального 1000 мг, бетаїну гідрохлориду 500 мг та бетаїну 500 мг. Вживання такої комбінації сприяє підвищенню апетиту та покращенню травлення. Крім того, комплексна добавка **Гепаргін®** призначена для корекції ацетонемічного синдрому у зв'язку з його впливом на зниження рівня ацетону в організмі, зменшення загальної слабкості, повернення сил та енергії, усунення наслідків інтоксикації при ацетонемічному синдромі.

Таким чином, збалансований за мікро- та макронутрієнтами раціон є сильним терапевтичним інструментом, який у поєднанні з сучасним протиастенічним засобом **Гепаргін®** дозволяє забезпечити адекватну корекцію метаболічних розладів, нормалізувати функцію шлунково-кишкового тракту, активувати захисні сили організму та забезпечити здоров'я дитини в цілому.

Підготувала Ірина Неміш

Гепаргін

засіб для корекції

АЦЕТОНЕМІЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ*



Дітям в віці від 3 років в комплексному лікуванні ацетонемічного синдрому – приймати по 2 флакони на добу (зранку та ввечері) *



Вміст одного флакона розвести в половині склянки (100 мл) питної води та приймати по 1 чайній ложці кожні 10-15 хвилин *

*-Листок-вкладення до дієтичної добавки Гепаргін
Реклама дієтичної добавки. Не є лікарським засобом.

Декларація про відповідність продукції «Гепаргін» вимогам українського законодавства у галузі харчових продуктів від «10» червня 2020 р.

Виробник: АТ «Фармак», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 63.
тел.: +38 (044) 239-19-40 /факс: +38 (044) 485-26-86 /e-mail: info@farmak.ua /веб-сайт: www.farmak.ua
УКР/ПРОМО/11/2020/ГЕП/ПБ/001

