



Резюме

В статье дан обзор результатов рабочего совещания, состоявшегося в рамках ежегодной 47-й встречи детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов г. Иерусалиме в июне 2014 г. По результатам встречи намечена дальнейшая программа действий по развитию раннего энтерального питания, отмечен растущий интерес практикующих врачей к тематике раннего энтерального питания.

Ключевые слова: трофическое питание, раннее энтеральное питание, специализированные продукты лечебного питания, элементные, полуживотные, мономерные и полимерные смеси, иммунопитание (глутамин, полиненасыщенные жирные кислоты)

Abstract

This article reviews the results discussed at the workshop held in the framework of the 47th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) in Jerusalem in June 2014. The meeting resulted in a Plan of early enteral nutrition further development. There had been growing interest among practitioners in the issue of early enteral nutrition.

Key words: trophic feedings, early enteral nutrition, specialized clinical nutrition products, elemental, semi-elemental, monomeric and polymeric mixtures, immunonutrition (glutamine, polyunsaturated fatty acids)

В июне 2014 г. в Иерусалиме состоялось очередное, 47-е, ежегодное заседание практикующих гепатологов, гастроэнтерологов и нутрициологов ESPGHAN.



Эта встреча была необычно знаменательной, так как практически впервые за всю историю конгресса была сформирована рабочая группа по вопросам раннего энтерального питания (РЭП) во главе с профессором Мюнхенского университета Бертольдом Колетцко.

В июне 2014 г. в Иерусалиме состоялось очередное, 47-е, ежегодное заседание практикующих гепатологов, гастроэнтерологов и нутрициологов ESPGHAN. Эта встреча была необычно знаменательной, так как практически впервые за всю историю конгресса была сформирована рабочая группа по вопросам раннего энтерального питания (РЭП) во главе с профессором Мюнхенского университета Бертхольдом Колетцко. В ходе работы совещания была отмечена важная роль РЭП в общем комплексе реабилитации оперированных пациентов детской практики. Профессор Б. Колетцко отметил, что в результате обширного хирургического вмешательства у детей резко возрастают потребности в нутриентах и энергии, отмечаются выраженные нарушения процессов пищеварения и всасывания. Было подмечено, что существующие лечебные столы не соответствуют современным представлениям о потребностях растущего ребенка в основных нутриентах. Традиционные больничные и домашние рационы являются дефицитными по всем основным питательным веществам и энергии.



В дискуссии подчеркнуто, что современные технологии РЭП в детских хирургических стационарах показывают положительную роль трофического питания, которое *стимулирует адаптационные процессы* [3–6, 8, 14]. В настоящее время преимущество имеют специализированные продукты питания, достоинства которых выражаются в полном сбалансированном соответствии нутриен-



тами с необходимыми потребностями детей, наличием необходимо важных витаминов и микроэлементов, а отсутствие глютена и лактозы позволяет использовать эти продукты в раннем послеоперационном периоде.

В ходе заседания были определены рекомендации по использованию гидролизированных формул: при недостаточности ферментативного гидролиза полимеров в тонкой кишке рекомендовано использовать полуэлементные диеты, содержащие основные питательные вещества в виде гидролизатов.

Специалистами рабочей группы в ходе заседания подчеркнуто, что специализированные продукты для РЭП должны быть:

- 1) безопасными, процесс усвоения должен сопровождаться минимальными побочными эффектами со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ);
- 2) полностью удовлетворять организм ребенка в макро- и микронутриентах;
- 3) в зависимости от превалирования ведущего симптома рекомендовано допускать модификации в составе, касающиеся основных ингредиентов.

До сих пор продолжается дискуссия о необходимости дополнительного использования некоторых иммунонутриентов (аргинин, глутамин, ω-3 жирные кислоты), особенно в ранние сроки по-

сле оперативного вмешательства. Современные рекомендации (SCCM/ASPEN рекомендации и рекомендации Европейского общества парентерального и энтерального питания – ESPEN) позволяют использовать иммунообогащенные формулы у пациентов с травмами и ожогами [15–18]. Рекомендации основаны на проспективных рандомизированных контролируемых исследованиях [15, 16]. Последние метаанализы показали положительный эффект от использования питания, обогащенного глутамином, у пациентов в критических состояниях [9–13]. В последние 10 лет появилось множество исследований, посвященных использованию рыбьего жира в ранние сроки после оперативного вмешательства [7, 9, 12, 15]. Сообщается, что при использовании рыбьего жира в послеоперационном периоде достоверно повышаются концентрации лейкотриена V_5 , эйкозопентаеновой кислоты и α -токоферола, что усиливает иммунный ответ [7, 15]. Использование рыбьего жира достоверно увеличивает выживаемость, уменьшает отек легких, а также улучшает состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем [9, 12, 15].

Еще одной тематикой совещания было присутствие пробиотиков в формулах для ЭП. В последние годы активное внимание ученых направлено на использование пробиотических добавок с целью коррекции микробиоценоза ЖКТ пациентов, особенно в период реабилитации [1, 2, 18]. На сегодняшний день известны положительные стороны использования молочнокислых бактерий, таких как создание колонизационной резистентности, подавление роста патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, иммуномодулирующее действие [1, 2]. Причиной широкого использования обогащенных формул с пробиотиками является, во-первых, появление информации о наличии живых бактерий пробиотиков в составе ЖКТ, во-вторых, нарушения кишечной флоры у пациентов нередко сопровождаются увеличением риска развития диареи.

В ходе совещания отмечено, что, несмотря на популярность и распространение пробиотиков, продолжаются дискуссии об их эффективности и безопасности. Рассмотрение этого вопроса необходимо начинать с официальных документов, позволяющих предоставить все этапы разработки безопасного пробиотика. Известны различные подвиды лактококков и молочнокислых стреп-

тококков. Лактобактерии популярны из-за своей высокой антагонистической активности к патогенным микроорганизмам, высокой протеолитической активности, своего иммуномодулирующего действия, способности снижать активность кишечных ферментов, повышающих риск канцерогенеза [1, 2, 15]. Таким образом, кисломолочные бактерии обладают двойным эффектом – пробиотическим и способностью вырабатывать биологически активные метаболиты, образующиеся в процессе кисломолочного брожения. Помимо этого кисломолочные бактерии положительно влияют на функцию ЖКТ, усиливая секрецию пищеварительных соков, ферментов, способствуя синтезу короткоцепочечных жирных кислот, снижая кислотность химуса, улучшая всасывание кальция, фосфора, железа, регулируя моторную функцию кишечника.

В настоящее время активно развивается направление по созданию новой генерации формул ЭП с пробиотическими свойствами. Существуют определенные требования к использованию микроорганизмов-пробиотиков:

1. Безопасность:

- использовать микроорганизмы, выделенные из организма человека;
- отсутствие патогенности и токсичности;
- положительный эффект.

2. Функциональное действие на человека:

- высокие колонизирующие свойства (устойчивость к низким значениям pH, желчным кислотам).

3. Технология:

- быстрота сквашивания;
- регулируемое кислотообразование;
- образование гомогенного сгустка.

В ходе заседания рабочей группы была поставлена задача – объединить усилия специалистов с целью разработки оптимальной диеты для пациентов с обширными хирургическими вмешательствами в ранние сроки после перенесенной операции. Активное внедрение РЭП с использованием специализированных смесей в ранние сроки после операции позволит оптимизировать качество лечения и улучшить состояния ребенка с хирургической патологией.

Список литературы

1. Грибакин С.Г. Пребиотики против пробиотиков? // Вопросы детской диетологии. 2003. № 1. Р. 71–74.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Нарушение нормального состава кишечной микрофлоры, клиническое значение и вопросы терапии: Методическое пособие. – М., 2000. – 15 с.
3. Ерпулева Ю.В. Преимущества и недостатки раннего энтерального питания // Вестник интенсивной терапии. 2005. № 2. С. 48–50.
4. Ерпулева Ю.В. Опыт применения смесей для энтерального питания у детей в условиях интенсивной терапии // Вопросы современной педиатрии. 2005. Т. 4, № 5. С. 59–61.
5. Ерпулева Ю.В. Лекманов А.У. Современные проблемы нутритивной поддержки у детей в ОРИТ: зачем? когда? сколько? // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2011. № 3. С. 85–91.
6. Курек В.В., Кулагин А.Е., Васильцева А.П., Слинько С.К. Опыт применения зондового питания у детей в условиях интенсивной терапии // Анест. и реаним. 2000. № 1. С. 24–27.
7. Лекманов А.У., Ерпулева Ю.В. Использование иммунного питания у пациентов в критических состояниях // Вестник интенсивной терапии. 2010. № 3. С. 68–71.
8. Раннее зондовое энтеральное питание у детей после тяжелой механической или термической травмы // Новая медицинская технология. – М., 2009. Раннее зондовое энтеральное питание у детей после тяжелой механической или термической травмы. – 26 с.
9. Bucher H.C., Hengstler P., Schindler C., Meier G. ω -3 polyunsaturated fatty acids in coronary heart disease: a meta-analysis of randomized controlled trials // Am.J. Med. 2002. Vol. 112. P. 298–304.
10. Dallas M.J., Bowling D., Roig J.C., Auestad N., Neu J. Enteral glutamine supplementation for very-low-birth-weight Infants decreases hospital costs // J. Parenter. Enteral Nutr. 1986. Vol. 22. P. 352–356.
11. Felbinger T.W., Suchner U. Ernährungsstrategien bei kritisch kranken Patienten // J. Anaesth. Intensiv Med. 2000. Vol. 41. P. 206–222.
12. He K., Song Y., Daviglius M.L. et al. Fish consumption and incidence of stroke: a meta-analysis of cohort studies // Stroke. 2004. Vol. 35. P. 1538–1542.
13. Goulet O., Ricour C. Pediatric enteral nutrition / J. Paynes-James, G. Grimble, O. Silk (Eds.) // Artificial Nutrition Support in Clinical Practice. – L–Melbourne: Edward Arnold, 2000. P. 257.
14. Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. A. s. p. e. n. Board of Directors // JPEN. 1993. Vol. 17, № 4. 27SA – 32SA.
15. Koletzko B., Goulet O., Hunt J, Krohn K., Shamir R. Guidelines on Paediatric Parenteral nutrition of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), Supported by the European Society of Paediatric Research (ESPR) // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2005. Vol. 41, Suppl. 2. S1 – S87.
16. Kreymann K., Berger M., Deutz N. et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: intensive care // Clin. Nutr. 2006. Vol. 25. P. 210–223.
17. Kris-Etherton P.M., Harris W.S., Appel L.J. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 2003. Vol. 23. e20 – e30.
18. Sobotka L. Basics in Clinical Nutrition. – Praga: Galen, 2004. – 500 p.

Авторы

Контактное лицо:
ЕРПУЛЁВА
Юлия Владимировна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения РФ, Москва.
Тел.: +7 (499) 256-11-87. E-mail: j_stier@mail.ru.