

**ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У ИСТОЩЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ВИЧ И ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ: ПО ДАННЫМ РУКОВОДСТВА ESPEN**

(По Ockenga J., Grimble R., Jonkers-Schuitema C., Macallan D., Melchior J.-C., Sauerwein H.P., Schwenk A., (German Society for Nutritional Medicine) Suttman U.  
**ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Wasting in HIV and other chronic infectious disease // Clin. Nutr. – 2006. – 25: 319-329)**

**Краткое изложение принятых решений: ВИЧ**

Предмет анализа	Рекомендации	Степень обоснованности	Пункт в рекомендациях
<b>Показание</b>	Лечебное питание показано при значительной потере массы тела (> 5% за 3 месяца) или значительной потере клеточной массы тела (> 5% за 3 месяца)	B	2.1
	Следует рассмотреть вопрос о лечебном питании при индексе массы тела BMI < 18,5 кг/м <sup>2</sup>	C	2.1
	Диарея и/или мальабсорбция не являются противопоказаниями к энтеральному питанию, поскольку:	A	2.4
	- диарея не препятствует позитивному эффекту перорального приема препаратов для искусственного питания или зондового питания на состояние питания, - энтеральное и парэнтеральное питание у такой категории пациентов обладают сопоставимыми эффектами, - энтеральное питание оказывает позитивное влияние на частоту и консистенцию стула	A A A	2.4 2.4 2.4
<b>Реализация</b>	В большинстве случаев приемлема комбинация приема обычной пищи и энтерального питания. Попытка реализации такой комбинации должна быть предпринята у большей части пациентов	C	3.6
	При сохранении возможности пероральных поступлений лечебное питание следует реализовать в соответствии со следующим ступенчатым планом: - консультация по вопросам питания, - пероральный прием препаратов для искусственного питания, - зондовое питание, - парэнтеральное питание	C	2.2
	Попытка реализации каждого этапа до инициации следующей ступени должна длиться 4-8 недель		
	На этапе начала лечебного питания и/или профилактики нарушения состояния питания консультация по вопросам питания с одновременным пероральным приемом препаратов для искусственного питания обладают сопоставимой эффективностью	B	2.2
	При условии невозможности обеспечения квалифицированной консультации по вопросам питания, в дополнение к приему обычной пищи может использоваться пероральный прием препаратов для искусственного питания, но такой подход должен быть ограничен во времени	C	3.2
	Потребление белка на этапе стабилизации должно достигать 1,2	B	2.3

	г/кг массы тела/сут, тогда как при остром течении заболевания оно может быть увеличено до 1,5 г/кг массы тела/сут Потребность в энергии не отличается от таковой у пациентов других групп		
	Медикаментозное лечение и энтеральное питание дополняют друг друга	C	2.5
<b>Способ поступления</b>	В случае наложения чрескожной эндоскопической гастростомии следует использовать антибиотикопрофилактику	A	3.4
<b>Реализация</b>	Для предотвращения одышки и пресыщения после принятия пищи предпочтение следует отдать частому пероральному приему препаратов для искусственного питания в небольшом объеме	B	2.5
<b>Тип формулы препарата</b>	Следует использовать препарат стандартной формулы	B	3.1
	У пациентов с диареей и тяжелым недостатком питания преимущественно обладают препараты, в состав формулы которых входят среднепечечные триглицериды	A	3.1
	Препараты с формулой, оказывающей влияние на иммунную систему, не рекомендуются		3.1
<b>Показание</b>	Лечебное питание пациентов с недостатком питания, обусловленного инфекционным заболеванием, следует назначать в соответствии с общепринятыми правилами	C	4
<b>Тип формулы препарата</b>	Предпочтительнее использовать пероральные препараты для искусственного питания	B	4
<b>Результат</b>	Было доказано, что лечебное питание способствует увеличению массы тела при лечении больных туберкулезом легких		4

## 1.2. Какие особые диагностические манипуляции рекомендованы ВИЧ-инфицированным пациентам с потерей массы тела?

В дополнении к стандартным мероприятиям по оценке состояния питания необходимо рассмотреть следующие аспекты:

- исследовать относительно оппортунистических инфекций или других осложнений заболевания или терапии,
- зарегистрировать концентрацию тестостерона (B),
- определить концентрацию лютеинизирующего /фолликулостимулирующего гормонов, функцию щитовидной железы,
- поиск признаков липодистрофии (утрата подкожной жировой прослойки, толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча, отношение диаметра талия/бедро),
- исключить сахарный диабет, связанный с проводимой терапией,
- в случае наличия тошноты/рвоты определить, связаны ли они с побочными реакциями медикаментов,
- исключить недостаточное усвоение питательных веществ/мальабсорбцию,

- имеет ли место нарушение слюнообразования,

- при условии боли в брюшной полости или дисфагии: заподозрить кандидозный эзофагит, выполнить эндоскопию верхних отделов желудочно-кишечного тракта или предпринять пробный терапевтический шаг с флюконазолом,
- ожидая результаты диагностических исследований, начать лечебное питание.

## 2.5. Какова роль терапии анаболическими препаратами при недостатке питания, связанным с ВИЧ?

Медикаментозное лечение и энтеральное питание дополняют друг друга (C).

ВИЧ-позитивные больные, у которых имеет место дефицит тестостерона, для восстановления мышечной массы должны получать заменители тестостерона (A). Умеренный прирост массы тела и свободной жировой ткани может быть достигнут использованием дорогостоящего рекомбинантного гормона роста человека (A).