Недостаточность питания у детей старше 1 года (Белково-энергетическая недостаточность)

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E43, E44, E45, E46 · Союз педиатров России, Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи, Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Недостаточность питания у детей старше 1 года возникает при недостаточном поступлении, усвоении или повышенной потребности в нутриентах и проявляется нарушением массы тела, роста и состава тела. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке причин и выбору энтеральной или парентеральной нутритивной поддержки с мониторингом осложнений.

Главное

- НП диагностируют при ИМТ/возрасту, массе тела/возрасту, массе тела/росту или окружности плеча/возрасту ниже −2 SD; также значимо снижение соответствующего Z-score в динамике на ≥1 SD. Однократного измерения массы тела недостаточно для окончательного диагноза.
- По тяжести НП: легкая — показатель от −1 до менее −2 SD, умеренная — от −2 до менее −3 SD, тяжелая — −3 SD и ниже. Хронической считают НП, сохраняющуюся более 3 месяцев.
- Всем детям с признаками НП нужны регулярные измерения массы тела и роста с расчетом ИМТ, а также оценка окружности плеча и толщины кожной складки; результаты следует интерпретировать по Z-score и отслеживать в динамике.
- При невозможности обеспечить обычным питанием 60–80% индивидуальной потребности в течение ≥10 дней или если кормление занимает более 4–6 часов в сутки, показана нутритивная поддержка специализированными энтеральными продуктами.
- При длительном энтеральном питании свыше 6–12 недель следует планировать гастростому; еюностома требуется при неэффективности или невозможности желудочного питания, высоком риске аспирации и отдельных нарушениях проходимости или моторики ЖКТ.
- Парентеральное питание применяют, когда адекватное энтеральное питание невозможно либо не покрывает потребности даже при максимально допустимой энтеральной поддержке. До его начала корректируют водно-электролитные и кислотно-основные нарушения.
- При подозрении на СИБР не следует начинать эмпирические системные или кишечные антибактериальные препараты до подтверждения диагноза.

Диагностика

1. В стационаре для оценки нутритивного риска используют STRONGkids в первые 24 часа при предполагаемой госпитализации более 24 часов; 4–5 баллов означают высокий риск, 1–3 — средний, 0 — низкий.
2. Уточняют жалобы и динамику: снижение или избирательность аппетита, диспепсию, потерю или отсутствие прибавки массы и роста, слабость, утомляемость, снижение активности; выясняют заболевания, затруднения кормления и длительность симптомов.
3. Проводят антропометрию: массу тела, рост, ИМТ, окружность плеча и толщину кожной складки; у детей младше 2 лет дополнительно оценивают окружность головы. При невозможности стандартных измерений используют сегментарные показатели.
4. Подтверждают НП по Z-score: ИМТ/возраст, масса тела/возраст, масса тела/рост или окружность плеча/возраст < −2 SD либо по снижению показателя в динамике на ≥1 SD. У детей старше 2 лет дополнительным ориентиром служит потеря 5–7,5% массы при легкой, 7,5–10% при умеренной и более 10% при тяжелой НП.
5. Оценивают фактическое питание методом 24-часового воспроизведения; более информативен дневник питания за 3–7 дней, включающий выходной или праздничный и два будних дня.
6. Назначают общий анализ крови для выявления анемии и ориентировочной оценки иммунного статуса. По показаниям исследуют общий белок, альбумин, трансферрин, С-реактивный белок, жирорастворимые витамины.

7. При подозрении на СИБР выполняют водородный дыхательный тест с декстрозой 1 г/кг, максимум 75 г, или лактулозой 1 г/кг, максимум 10 г. Тест положителен при повышении водорода на ≥20 ppm и/или метана на ≥10 ppm в течение 90 минут.

Лечение

- Если стандартный рацион не покрывает потребности, назначают специализированные энтеральные продукты; они дополняют, а не заменяют рациональное или лечебное питание. При обычном рационе объем оральной нутритивной поддержки обычно составляет 10–15% рекомендуемой энергетической потребности.
- Энтеральное питание проводят сипингом или через назогастральный/назоэнтеральный зонд, гастростому либо еюностому. При сохранной функции кишечника зонд используют, если пероральное питание не покрывает потребности или кормление длится более 4 часов в сутки; при высоком риске аспирации или нарушении желудочной проходимости выбирают постпилорический путь.
- Потребность в белке при энтеральном питании рассчитывают по возрасту: до 2 лет — 2–3 г/кг, 2–13 лет — 1,5–2 г/кг, 13–18 лет — 1,5 г/кг. Энергетическую потребность определяют по непрямой калориметрии или расчетным формулам с учетом активности, дефицита массы, роста и заболевания.
- Парентеральное питание начинают после коррекции водно-электролитных и кислотно-основных нарушений. Периферическое ПП используют не более 2 недель с растворами декстрозы 10%, центральное — при длительности более 2 недель и концентрации декстрозы выше 10%.
- При ПП аминокислоты назначают в дозе 1–2,5 г/кг/сут; для детей старше 1 года в стабильном состоянии стартовая доза обычно 1 г/кг/сут с увеличением на 0,5–1 г/кг/сут и достижением целевой дозы к 3–4-м суткам. Декстроза может обеспечивать до 60% суточной энергии, жиры — до 40%; у детей старше 1 года жиры не должны превышать 3 г/кг/сут.
- При риске синдрома возобновленного питания начинают питание с 5–10 ккал/кг/сут и постепенно увеличивают его за 7–10 дней, одновременно контролируя калий, фосфор и магний. Тиамин вводят перед началом питания или инфузией декстрозы в дозе 2 мг/кг, максимум 100–200 мг/сут.
- При гипергликемии более 10 ммоль/л на ПП начинают непрерывную инфузию инсулина аспарт 0,1 ЕД/кг/ч и контролируют гликемию каждые 2–3 часа. При глюкозе менее 2,5 ммоль/л возможно введение 10–40% декстрозы 0,5 г/кг с последующей инфузией 0,25 г/кг/ч.
- При НП у детей с неврологической патологией и задержкой опорожнения желудка можно применять домперидон: детям младше 35 кг — 0,3–0,6 мг/кг/дозу 3–4 раза в день, максимум 10 мг за прием и 30 мг/сут; детям от 12 лет и массой ≥35 кг — 10 мг 3 раза в день, максимум 30 мг/сут.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация нужна, если диагностика или лечение требуют круглосуточного наблюдения, активной терапии, недоступной амбулаторно, либо обследований, которые невозможно выполнить амбулаторно.
- Неотложная или экстренная госпитализация показана при угрожающем жизни состоянии, требующем круглосуточного наблюдения, специальной диагностики и лечения.
- Выписка возможна после стабилизации состояния и основных клинико-лабораторных показателей, при отсутствии угрозы жизни и осложнений, требующих неотложного лечения, и отсутствии необходимости в круглосуточном наблюдении.

Частые вопросы

Какой порог подтверждает недостаточность питания у ребенка старше 1 года?

НП устанавливают при ИМТ/возрасту, массе тела/возрасту, массе тела/росту или окружности плеча/возрасту <−2 SD либо при снижении соответствующего Z-score в динамике на ≥1 SD. Одно измерение массы тела требует подтверждения.

Когда ребенку назначают энтеральное питание?

Если обычное питание не обеспечивает 60–80% индивидуальной потребности в течение ≥10 дней, кормление занимает более 4–6 часов в сутки, есть недостаточная прибавка массы или роста, Z-score <−2 SD либо ТКСТ ниже 5-го перцентиля.

Как рассчитать белок при энтеральном питании?

До 2 лет — 2–3 г/кг, в 2–13 лет — 1,5–2 г/кг, в 13–18 лет — 1,5 г/кг. Расчет выполняют с учетом фактической массы тела и ее динамики.

Как предупредить синдром возобновленного питания?

У пациентов группы риска начинают с 5–10 ккал/кг/сут и постепенно повышают нагрузку в течение 7–10 дней. Контролируют калий, фосфор и магний; тиамин вводят до начала питания или инфузии декстрозы в дозе 2 мг/кг, максимум 100–200 мг/сут.

Можно ли назначать антибиотики при подозрении на СИБР без подтверждения?

Нет. Эмпирическое назначение системных или кишечных антибактериальных препаратов до подтверждения СИБР не рекомендуется из-за риска антибиотикорезистентности, антибиотик-ассоциированной диареи и болезни, вызванной C. difficile.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1041-nedostatochnost-pitaniya-u-detej-starshe-1-goda-belkovo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1041_1