

Определяющая роль питания в нормализации пищеварения ребенка

В.Н. Панфилова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ

The decisive role of nutrition in normalizing a child's digestion

V.N. Panfilova

Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk

Рассмотрены основные функциональные нарушения пищеварения, часто встречающиеся у новорожденных и детей младшего возраста, — диагностические критерии и способы лечения. Обсуждается значение питания в коррекции выявленных нарушений пищеварения, возможности с помощью правильного состава пищи безопасно и эффективно нормализовать пищеварительные функции ребенка, а также минимизировать медикаментозное воздействие. С этой точки зрения правильное питание ребенка можно рассматривать во многих ситуациях как первую линию терапии.

Ключевые слова: дети, функциональные нарушения пищеварения, колики, регургитация, запор, функциональная диарея, питание, пищевая коррекция.

The article discusses major functional digestive disorders that are common in neonates and infants, diagnostic criteria and correction methods. It discusses the significance of nutrition in correcting the found digestive disorders and the possibility of safely and effectively normalizing a child's digestive functions with the correct composition of food and minimizing drug exposure. From this point of view, good nutrition for a child can be considered as first-line therapy in many situations.

Key words: children, functional digestive disorders, colic, regurgitation, constipation, functional diarrhoea, nutrition, nutritional correction.

Болезни органов пищеварения у детей на протяжении многих лет занимают «почетное» третье место по распространенности, без тенденции к снижению. Любой практикующий педиатр сталкивается с большим количеством пациентов, имеющих нарушения пищеварения. Особенно это касается детей младшего возраста, до 3–4 лет. В «Научно-практической программе по оптимизации питания детей в возрасте 1–3 лет в Российской Федерации» указывается, что 92,5–96% педиатров встречаются с алиментарно-зависимыми заболеваниями у детей раннего возраста [1].

Более 80–90% этих нарушений имеют функциональный генез, что никак не умаляет всю серьезность ситуации. Ведь ребенок испытывает боль и другие неприятные симптомы, у него нарушается переваривание пищи и адекватное ее усвоение, что в конечном счете может негативно сказаться на развитии малыша. Кроме того, многочисленные лекарственные препараты, назначаемые ребенку в связи с пищеварительными проблемами, не всегда однозначно полезны.

Кроме функциональных расстройств, у детей младшего возраста отмечается и ряд органических причин для расстройств пищеварения. В этом контексте необходимо выделить драматическую роль пищевой аллергии, значение которой существенно увеличилось в последние годы.

Высокая распространенность желудочно-кишечных расстройств у детей обусловлена анатомическими и физиологическими особенностями этого возрастного периода — интенсивными процессами роста и развития, «дозреванием» функций органов пищеварения. Процессы созревания происходят на фоне активной, ежедневной деятельности желудочно-кишечного тракта ребенка, и при неблагоприятных внешних и внутренних воздействиях возможны расстройства этих важных процессов. Нередко указанные расстройства напрямую зависят от питания ребенка — его качественного и количественного состава, режима приема пищи и процесса кормления.

Значимость правильного питания детей в целом понимается адекватно как педиатрами, так и родителями, особенно на первом году жизни ребенка. После введения всех прикормов и постепенного расширения спектра продуктов питания внимание к этой стороне жизни ребенка начинает ослабевать и уходить на задний план, больше времени уделяется его воспитанию и развитию. Тем не менее питание остается таким же важным аспектом в жизни ребенка, как и в первый год жизни, и ослабление внимания к данной проблеме может играть существенную роль в развитии заболеваний пищеварительного тракта.

Большое значение имеет и сама процедура кормления малыша. Если в течение первого года (особенно первого полугодия) жизни ребенка кормление сводится только к факту сосания (будь это грудь матери или бутылка смеси), то с появлением новых вкусовых ощущений и новой консистенции пищи процесс кормления принимает сложную эмоцио-

© Панфилова В.Н., 2016

Ros Vestn Perinatol Pediat 2016; 2:110–114

Адрес для корреспонденции: Панфилова Виктория Николаевна — д.м.н., доцент кафедры педиатрии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого 660022 Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1.

нальную окраску и неприятие какого-либо продукта или дискомфорт во время кормления может привести к отказу от еды и стойкому нарушению пищевого поведения.

В декабре 2015 г. была принята «Научно-практическая программа по оптимизации питания детей в возрасте 1–3 лет в Российской Федерации», одной из целей которой является профилактика и коррекция алиментарно-обусловленных заболеваний у детей с помощью корректного вскармливания в этом непростом возрастном периоде. Документ актуализирует значимость правильного питания детей младшего возраста и повышает внимание врачебной аудитории к этому вопросу, что является крайне важным, поскольку сегодня во многом роль правильного пищевого рациона ребенка практическими педиатрами недооценена [1].

Питание имеет существенное значение в коррекции ряда функциональных и органических заболеваний. Порой только благодаря правильному питанию можно добиться полного устранения или минимизации клинических симптомов. Пищевая коррекция совершенно необходима при таких функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта, как функциональная диарея или функциональный запор, а у детей первых месяцев жизни правильное питание способно полностью купировать колики и срыгивания. Особое значение диетическая коррекция приобретает у детей с пищевой аллергией.

Перечисленные нарушения встречаются часто в практике педиатра. Так, по данным консультативной поликлиники Красноярского краевого центра охраны материнства и детства за 2014–2015 гг., дети до 1 года с алиментарно-зависимыми функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта составили 16,4–26,1% на общем приеме педиатра и пациенты старше года – 23,9–19,1% на приеме гастроэнтеролога.

Младенческая регургитация (срыгивания) – распространенное (до 60–70%) функциональное нарушение у детей первого года жизни. Предрасполагающие факторы: незрелость сфинктерно-клапанного аппарата пищевода и желудка, моторики, иннервации, недостаточность кардиального жома, замедленное опорожнение желудка. Диагностика этого расстройства проводится на основании Римских критериев III: регургитация 2 раза или более в день в течение 3 нед или более у здоровых в остальном младенцев в возрасте от 3 нед до 12 мес при отсутствии рвоты, гематемезиса, аспирации, апноэ, нарушений развития и питания, трудностей при глотании или аномальной позы [2].

В 2013 г. Европейское общество педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (ESPGHAN) предложило алгоритмы действий педиатра при функциональных нарушениях у детей [3]. Согласно этому документу у ребенка с регургитацией

в первую очередь рекомендуется исключить органическую патологию (на что указывают тошнота/рвота, повышенная возбудимость/плач, синдром Сандифера, приступы кашля, отставание в физическом развитии). При наличии указанных симптомов ребенок должен быть обследован специалистом. Если же перечисленные симптомы отсутствуют, рекомендовано, прежде всего, скорректировать технику кормления и подобрать правильную смесь для детей, находящихся на искусственном вскармливании. Эксперты ESPGHAN предлагают на первом этапе применить антирефлюксные формулы, а при их недостаточной эффективности – формулы без пальмового масла или на основе частично гидролизованного сывороточного белка. Медикаментозная терапия не предлагается вовсе, поскольку при физиологической регургитации антисекреторные препараты и прокинетики неэффективны.

Младенческие колики – еще одно широко распространенное функциональное расстройство, встречающееся у 10–30% младенцев. Диагностические критерии колик включают такие признаки у младенцев до 4 мес жизни, как пароксизмы раздражительности, беспокойства или плача, которые начинаются и прекращаются без очевидных причин, эпизоды продолжаются 3 ч или более в день и появляются минимум 3 дня в неделю минимум одну неделю, при этом ребенок не имеет нарушений развития. Клиническая картина колик очень яркая, тревожная для родителей, обращения к педиатру по поводу колик многочисленны, и основная жалоба родителей – «у ребенка болит живот». Но при этом четких доказательств, что колики обусловлены болью в животе или в какой-либо другой части тела и что они имеют какие-либо долгосрочные последствия для здоровья, в настоящее время не получено. Несмотря на многочисленные исследования на эту тему, причины колик до сих пор не ясны [4]. При всей тревожности симптомов колик их органические причины редки (не более чем у 5% детей).

ESPGHAN рекомендует пациентам с симптомами колик провести дифференциальную диагностику с аллергией на белок коровьего молока, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и снижением активности лактазы. При этом в современных согласительных документах отсутствуют такие привычные для педиатров рекомендации, как посев кала на условно-патогенную флору, на дисбактериоз по причине их неинформативности. Ведение пациента с коликами предполагает коррекцию техники вскармливания, успокаивающие беседы для родителей, поскольку колики – транзиторная ситуация, которая будет продолжаться у ребенка в среднем до 4 мес жизни и которая не представляет риска для здоровья ребенка. При естественном вскармливании рекомендуется продолжать кормление грудью, в некоторых случаях необходимо исключить из ра-

циона матери белок коровьего молока не менее чем на 2 нед, даже в отсутствие явных признаков аллергии на этот продукт. Это очень важная рекомендация, так как аллергический генез колик встречается все чаще, в том числе у детей на грудном вскармливании. Для детей, находящихся на искусственном вскармливании, эффективным методом лечения является использование высокогидролизных смесей. Помимо коррекции питания, рекомендованы различные успокаивающие маневры для ребенка и психологическая помощь родителям. Из медикаментов, применяющихся при коликах, ограниченную эффективность имеют лишь препараты симетикона и пробиотики (*L. Reuteri* 10⁸ КОЕ) [4].

Функциональная диарея встречается реже, чем срыгивания и колики, но не всегда правильно трактуется педиатрами, и поэтому, с точки зрения автора, нуждается в некоторых уточнениях. Диагностические критерии функциональной диареи включают: ежедневно повторяющийся безболезненный, не оформленный стул 3 раза в день или чаще, продолжительностью более 4 нед, начало симптомов в возрасте от 6 до 36 мес, с эпизодами дефекации только во время бодрствования, в отсутствие нарушения развития при адекватной калорийности питания ребенка. Следует обратить внимание, что диагноз функциональной диареи возможно установить ребенку только после 6 месячного возраста, поскольку именно с этого возраста у младенца оформленный стул считается нормальным, тогда как в первое полугодие жизни нормальный стул должен быть кашицеобразным или даже разжиженным при условии, что ребенок хорошо прибавляет в массе и росте.

Функциональная диарея не должна иметь взаимосвязи с перенесенной кишечной инфекцией, приемом слабительных препаратов, антибиотиков или изменениями питания. В каловых массах допустимо

присутствие слизи и/или непереваренных частиц пищи. Не должно быть перекармливания и пищевой аллергии у малыша. Для правильного понимания ситуации важно уточнить: бывают ли дефекации у ребенка в период сна, поскольку ночная симптоматика более характерна для органических заболеваний.

Лечение функциональной диареи современными согласительными документами не рекомендовано, так как стул обычно восстанавливается спонтанно. Необходимо полноценное питание ребенка без ограничения его в пищевых ингредиентах.

Функциональный запор — наиболее распространенное функциональное расстройство у детей после года жизни. Более 15–20% пациентов гастроэнтерологического приема имеют это расстройство. Чаще запор начинается у детей с периода введения прикормов, когда меняется консистенция пищи на более плотную. При том, что клинические проявления запора понятны и в целом типичны, обращения к врачу не всегда своевременны, что существенно ухудшает качество жизни детей.

Диагностические критерии функционального запора (должны присутствовать минимум 2 признака в течение минимум 1 мес у детей до 4 летнего возраста): 2 или реже дефекации в неделю, минимум 1 эпизод недержания в неделю после приобретения навыков пользования туалетом, эпизоды чрезмерного удержания кала, болезненного опорожнения или твердого стула, наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке, эпизоды стула большого диаметра. Сопутствующие признаки могут включать в себя раздражительность, снижение аппетита и/или раннее насыщение; эти симптомы исчезают сразу же после отхождения большой порции кала.

Следует подчеркнуть, что в норме режим опорожнения кишечника во многом зависит от питания, особенно у детей до 4 мес жизни. У здоровых младен-

Таблица 1. Нормальная частота стула у детей [5]

Возраст	Частота стула в неделю	Средняя частота стула в день
0–3 мес грудное вскармливание смеси	5–40 5–28	2,8 2,0
6–12 мес	5–28	1,8
1–3 года	4–21	1,4
Старше 3 лет	3–14	1,0

Таблица 2. Содержание пищевых волокон в соках прямого отжима с мякотью «ФрутоНяня» (данные НИИ питания, 2014 г.)

Продукт	Содержание пищевых волокон в 100 мл, %	% РСП ребенка до 3 лет*
Яблочный сок	1,2	15
Яблочно-сливовый сок	1,3	16,2
Яблочно-грушевый сок	1,4	17,5
Яблочно-черносмородиновый сок	1,3	16,2

Примечание. * — Рекомендуемая суточная потребность (РСП) [9].

цев на естественном вскармливании периодичность дефекации может варьировать. Это важно знать родителям, поскольку редкие дефекации у грудничков часто приводят к назначению ненужных препаратов и, что особенно неприятно, в ректальных формах. Нормальная частота стула у детей меняется в возрастном аспекте (табл. 1) [5]. Знание врачами и родителями этих нормативов поможет исключить множество ненужных манипуляций, которым подвергаются дети, и особенно – травмирование прямой кишки ребенка различными предметами для стимуляции дефекации.

Современная диагностическая и лечебная тактика педиатра при функциональном запоре изложена в клиническом руководстве ESPGHAN/NASPGHAN от 2014 г. [6]. Подробные алгоритмы сводятся к клинической оценке пациента (данные анамнеза, физикального обследования, оценка «симптомов тревоги»). При отсутствии подозрения на наличие органического заболевания использование дополнительных методов обследования не показано, поскольку полученная информация не будет решающей для выбора терапии, но время начала терапии окажется отсроченным. Для нормализации стула пациенту назначается коррекция питания и медикаментозное лечение.

Важным в пищевой коррекции запора является потребление ребенком нормального количества жидкости и клетчатки. При этом эксперты ESPGHAN отмечают, что при нежелании ребенка есть полезные, но не любимые овощи силовая реализация диеты нежелательна. Поэтому выбор приятных для ребенка способов пищевой коррекции запора очень важен. С этой точки зрения использование соков является хорошим выбором. Соки вкусны, и дети их пьют с удовольствием, что позволяет обеспечить малыша достаточным количеством жидкости. Кроме того, натуральные фруктовые соки содержат сорбитол и фруктозу, которые являются природными слабительными и положительно влияют на частоту дефекации и консистенцию кала. Полезными будут и соки с мякотью, содержащие необходимые пищевые волокна [7].

Выбирая для ребенка соки, следует предпочесть продукты максимально натуральные, как, например, соки прямого отжима с мякотью, производимые ОАО «ПРОГРЕСС» (Россия) – яблочный, яблочно-грушевый, яблочно-сливовый и яблочно-черносмородиновый (торговая марка «ФрутоНяня»). Все перечисленные соки исследованы в ФГБНУ «НИИ питания»

и получили высокие оценки как по органолептическим свойствам, так и по составу [8]. Произведенные по технологии прямого отжима соки сохраняют максимум полезных природных пищевых веществ. Так, количество калия, необходимого для нормальной перистальтики кишечника, в перечисленных соках позволяет на 40–42,5% обеспечить суточное потребление этого элемента. Важно, что всего один стакан соков прямого отжима с мякотью способен на треть обеспечить суточную потребность малышей в пищевых волокнах (табл. 2) [8].

В соответствии с экспертным заключением специалистов НИИ питания, соки первого отжима «ФрутоНяня» рекомендованы к применению у детей с первого года жизни. Следовательно, этот прием диетической коррекции будет полезным и приятным для ребенка с запором.

Медикаментозная терапия запора должна проводиться препаратами для внутреннего применения, ректальные формы могут быть использованы только в особых случаях. Основными препаратами являются осмотические слабительные – макроголь и лактулоза. Это высокобезопасные препараты, которые можно использовать для длительного применения. Минимальный курс лечения запора, рекомендованный ESPGHAN / NASPGHAN, – 2 мес. Доза препаратов подбирается индивидуально, в зависимости от клинического эффекта. Особенность терапии декомпенсированного запора – это так называемый «этап освобождения кишки» – когда назначаются более высокие дозы слабительных коротким курсом (3–6 дней) для очищения кишки от плотных каловых масс, не способных выйти самостоятельно. Клизмы и в этом случае применяются по ограниченному показанию.

Таким образом, питание для физического и интеллектуального развития ребенка имеет определяющее значение. Но также нельзя недооценивать значение правильно организованного по составу пищевого рациона в коррекции нарушений пищеварения. Именно пищевая коррекция позволяет безопасно и эффективно нормализовать пищеварение, а следовательно, и здоровье ребенка, минимизировать, а порой и вовсе избавить малыша от медикаментозного воздействия. С этой точки зрения правильное питание можно рассматривать во многих ситуациях как первую линию терапии.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Баранов А.А., Тутельян В.А., Намазова-Баранова Л.С. и др. Научно-практическая программа по оптимизации питания детей в возрасте 1–3 лет в Российской Федерации. М 2015; 97. (Baranov A.A., Tutel'jan V.A., Namazov-Baranova L.S. et al. Scientific-practical program to improve the nutrition of children aged 1-3 years in the Russian Federation. Moscow 2015; 97.)
2. Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. Gastroenterology 2006; 130: 1519–1526.

3. *Vandenplas Y., Gutierrez-Castrellon P., Velasco-Benitez C. et al.* Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants *Nutrition* 2013; 29: 184–194.
4. *Kheir E.M.* Infantile colic, facts and fiction. *It J Pediatr* 2012; 38: 34: <http://www.ijponline.net/content/38/1/34>
5. *Fontana M., Bianch C., Cataldo F. et al.* Bowel frequency in healthy children. *Acta Paediatr Scand* 1987; 78: 682–684.
6. *Tabbers M.M., Di Lorenzo C., Berger M.Y. et al.* Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *JPGN* 2014; 58: 258–274.
7. Клиническая диетология детского возраста. Руководство для врачей. Под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. М: Медицинское информационное агентство, 2008; 608. (Clinical Dietetics childhood. Guidelines for doctors. T.E. Borovik, K.S. Ladodo (eds.). Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2008; 608.)
8. *Конь И.Я., Гмошинская М.В., Георгиева О.В. и др.* Использование соков прямого отжима в питании детей первого года жизни. *Рос вестн перинатол и педиатр* 2015; 4: 125–130. (Kon' I.Ja., Gmoshinskaja M.V., Georgieva O.V. et al. Using juices of direct extraction in the diet of infants. *Ros vestn perinatol i pediater* 2015; 4: 125–130.)
9. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. МР 2.3.1.2432-08 от 18.12.2008 г.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_106639/ (Norms of physiological requirements in energy and nutrients for different groups of the Russian population. MR 2.3.1.2432-08; 18.12.2008: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_106639/).

Поступила 10.02.16