

у детей раннего возраста: и лечение

вспомогательными критериями запора были определены ощущение незавершенной дефекации и плотный комковатый кал.

Факторами риска развития запоров у детей раннего возраста являются: неправильный режим питания кормящей матери, перинатальная энцефалопатия гипоксического или травматического характера, мышечная гипотония, рахит и рахитоподобные заболевания, дефицит железа, недостаточный питьевой режим при искусственном вскармливании, быстрый переход на искусственное вскармливание, использование молочных смесей с высоким содержанием железа, быстрый переход с одной смеси на другую, дисбактериоз кишечника, пищевую аллергию (непереносимость белка коровьего молока, сои, глютена), врожденный или транзиторный гипотиреоз [4].

Диагноз функционального запора в соответствии с Римскими критериями III устанавливается у детей до 4 лет при наличии в течение месяца не менее двух из следующих признаков: два или меньше опорожнений кишечника в неделю (по крайней мере, один эпизод недержания кала в неделю после приобретения гигиенических навыков); наличие эпизодов задержки дефекации; болезненное опорожнение кишечника или твердые испражнения; большое количество фекальных масс в прямой кишке; образование каловых камней, которые могут затруднить дефекацию. Наличие перечисленных признаков обычно сопровождается раздражительностью, снижением аппетита и /или чувством раннего насыщения. Указанные признаки исчезают немедленно после акта дефекации. Необходимо отметить, что эти критерии могут применяться только в тех случаях, когда не выявляются структурные или биохимические изменения, которые могут объяснить кишечное расстройство [5].

Осмотр ребенка должен обязательно сопровождаться ректальным пальцевым исследованием, базовыми исследованиями являются также копрограмма, клинический анализ крови, в ряде случаев — анализ кала на дисбактериоз. К инструментальным исследованиям — ультразвуковому исследованию толстой кишки, ректоскопии, ирригографии — прибегают лишь в отдельных случаях по строгим показаниям [1].

Основой профилактики хронических запоров является сбалансированное рациональное соответствующее возрасту ребенка питание и воспитание культуры гигиенических навыков, в том числе акта дефекации. Именно от этих параметров зависит нормальное функционирование желудочно-кишечного тракта и, как следствие, нормальные физиологические отправления организма. Причем реализация этих условий должна начинаться сразу же после рождения ребенка.

Чтобы предотвратить развитие запора у грудного ребенка следует как можно дольше сохранить грудное вскармливание. Грудное молоко — наиболее подходящий продукт для питания ребенка первых месяцев жизни; оно уникально адаптировано к его потребностям, отличается

необходимой температурой, не требует времени для приготовления, не содержит бактерий, в связи с чем возможность желудочно-кишечных заболеваний сведена к минимуму. Кроме того, ребенок с молоком матери приобретает пассивный иммунитет: поступающие антитела обеспечивают местный иммунитет против желудочно-кишечных заболеваний. Содержащийся в грудном молоке IgA буквально выстилает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта малыша, не позволяя прикрепляться бактериям. Макрофаги, присутствующие в женском молоке, обладают способностью синтезировать комплемент, лизоцим и лактоферрин, оказывающий действие на рост кишечной микрофлоры. Женское молоко полностью лишено антигенных свойств, благоприятно влияет на обмен веществ, содержит все незаменимые аминокислоты и ферменты, необходимые для аутолитического пищеварения, мелкодисперсный белок, полностью идентичный белкам тканей ребенка раннего возраста. Благодаря большому содержанию углеводов и β -лактозы, которая медленно всасывается в тонком кишечнике и доходит до толстой кишки, стимулируется синтез собственной флоры толстого кишечника. Даже инфицированное бактериями женское молоко не является противопоказанием для естественного вскармливания, так как практически всегда можно лечить мать, не прекращая кормления грудью.

Чрезвычайно важно соблюдение основных правил естественного вскармливания. Чувство голода грудному ребенку абсолютно не свойственно. Организм ребенка сам «знает», когда ему пора есть, поэтому устанавливать определенные часы кормлений нецелесообразно. Постулаты прошедших десятилетий, в течение которых считалось чуть ли не необходимым придерживаться обязательного ночного перерыва в кормлении ребенка, на сегодняшний момент признаны полностью необоснованными и представляют собой один из наиболее верных методов борьбы с грудным вскармливанием. Заблуждением было бы считать, что следует разбудить ребенка только потому, что ему — с точки зрения родителей — поёра принимать пищу. В первые недели жизни при каждом кормлении ребенка следует прикладывать к обеим молочным железам, чтобы поддерживать в них максимальную продукцию молока. После установления нормальной секреции при каждом кормлении ребенка необходимо прикладывать поочередно к той или иной молочной железе, стараясь при этом следовать правилу «одна грудь в три часа», так считается, что именно за этот временной отрезок при наличии зрелой установившейся лактации ребенок может полностью опорожнить грудь и получить от матери обе фракции грудного молока — и переднюю, и заднюю. Преимущества такого правила определяются также и тем фактом, что при подобном режиме вскармливаний мать практически избавлена как от сцеживаний (роль молокоотсоса полностью выполняется ребенком), так и от лактостазов, провоцирующих

мастит. Оптимального перерыва между кормлениями для новорожденного не существует — его нужно кормить «по требованию», считая требованием не только плач, но и демонстрацию ребенком поискового рефлекса; в дальнейшем этот временной отрезок постепенно увеличивается, причем благодаря самому ребенку; потому бессмысленно заучивать расписание кормлений и таблицы расчета грудного вскармливания — здоровый ребенок сам разберется, когда ему нужно кушать.

Не менее важно соблюдать технику грудного вскармливания и его основные правила. Для грудных детей, особенно находящихся на искусственном вскармливании, в качестве профилактики запоров крайне важно питье: жидкость является наполнителем кишечника до того момента, пока ребенок не получает твердую пищу, содержащую клетчатку и пищевые волокна. Он должен выпивать в день не менее 100 мл воды, но ограничивать в питье не следует; в то же время не следует поить насильно. В качестве питья не следует использовать кипяченую воду, которая не имеет ничего общего с биологическими потребностями организма, кипячение имеет целью уничтожение болезнетворных микроорганизмов, но при этом выпадают в осадок растворенные в воде соли, которые ребенку тоже нужны. Предпочтительна бутылочная минеральная негазированная (не лечебная!) вода нейтрального вкуса, или же вода из колодца, артезианской скважины или чистого родника. Давать ребенку жидкость следует в промежутках между кормлениями, например, когда он проснулся, а кушать еще рано, или через час после еды. Малыш, которому воды не хватает, спокойно спать от кормления до кормления никогда не станет. При нехватке жидкости происходит своеобразное «сгущение» кишечных соков, благодаря которым обеспечивается процесс переваривания пищи, что в свою очередь создает предпосылки для возникновения запора и возможного появления боли в животе. В отличие от молочных смесей, температура которых приблизительно приравнивается к температуре тела ($35-37^{\circ}\text{C}$), вода может быть несколько прохладнее: $25-30^{\circ}\text{C}$ — в первые месяцы жизни и около 20°C — в более старшем возрасте.

Для нормального развития здоровому ребенку первого полугодия жизни вполне достаточно материнского молока, поэтому не следует стремиться к раннему (ранее 5-6 месяцев) введению прикорма. Это нерационально в связи с функциональной незрелостью желудочно-кишечного тракта; ранний прикорм может снижать частоту и интенсивность сосания и, как следствие, выработку грудного молока. При таких условиях вводимый прикорм будет не столько дополнять грудное молоко, сколько частично замещать его, что физиологически неоправданно. Преждевременное введение прикорма может вызвать у ребенка запоры и другие нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта. В то же время слишком позднее введение прикорма (значительно позже полугодия) так же нерационально, так как впоследствии у ребенка могут возникнуть проблемы с адаптацией организма к твердой пище.

Вводить прикорм нужно тогда, когда ребенок будет готов к тому, чтобы попробовать что-либо еще кроме материнского молока или формулы (высокоадаптированной смеси). Степень этой готовности можно выяснить по некоторым факторам (признакам готовности ребенка к прикорму):

- ребенку не менее 5-6 месяцев (если ребенок родился раньше срока, то за основу берется гестационный возраст);
- ребенок удвоил массу от рождения (а в случае ранних родов, до 37-й недели, — массу умножают на 2,5);
- ребенок умеет самостоятельно сидеть и может отвернуть голову, отказываясь от еды;
- ребенок хорошо держит голову (даже протертую детскую пищу нельзя давать ребенку до тех пор, пока он не научится хорошо держать голову в положении сидя при поддержке; с пищей в виде целых кусочков следует подождать до тех пор, пока ребенок не научится сидеть самостоятельно, что обычно происходит не ранее семи месяцев);
- ребенок съедает ежедневно более литра смеси (или более 12 прикладываний, когда опустошаются обе груди) и хочет еще;
- язык малыша не совершает рефлексорных выталкивающих движений. Этот рефлекс заставляет младенцев выталкивать изо рта незнакомые предметы (врожденный механизм, защищающий их от угрозы подавиться инородным предметом);
- ребенок способен вытягивать вперед нижнюю губу, чтобы брать еду с ложки;
- у ребенка вполне сформировалась способность двигать языком вперед-назад, а также вверх-вниз;
- ребенок проявляет интерес к пище родителей, причем это не интерес знакомства с новым вкусом, а желание укушать и съесть, — протягивает руки или еще каким-то образом проявляет интерес к пище на столе.

В среднем большинство из вышеперечисленных признаков наблюдается в промежутке между 5 и 8 месяцами, приблизительно около полугодия: иногда чуть раньше (есть дети, которые по всем признакам готовности к прикорму будут готовы к нему и в 4 месяца, но такие ситуации скорее исключение, чем правило); иногда чуть позже — бывают случаи, когда и 6-месячный малыш, по всем внешним признакам готовый к приему твердой пищи, должен подождать (обычно из-за наследственной предрасположенности к аллергии). До тех пор, пока ситуация с развитием аллергии не станет более ясной, детей с такой наследственностью в течение большей части первого года жизни обычно советуют кормить исключительно грудным молоком или высокоадаптированной гипоаллергенной смесью, соответствующей возрасту, или вводить в рацион твердую пищу очень осторожно.

Введение прикорма должно представлять собой процесс введения продуктов питания, все более разнообразных по своей консистенции, вкусу, аромату и внешнему виду, при одновременном продолжении кормления грудью. Не следует давать в период введения прикорма соленых продуктов, и вообще не нужно в течение этого периода добавлять в пищу соль, сахар, а также все виды чая (зеленый, черный, травяной) и кофе — до 24 месяцев жизни.

На первом этапе постепенного введения прикорма — этапе развития навыков — основная цель состоит в том, чтобы приучить грудного ребенка есть с ложки. Первоначально нужно лишь малое количество пищи (примерно одна или две чайные ложки), и давать ее нужно на кончике чистой чайной ложки. Возможно, ребенку понадобится некоторое время,

Продолжение на стр. 58.

О.Ю. Белоусова, д.м.н., профессор кафедры педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Хронический запор у детей раннего возраста: профилактика и лечение

Продолжение. Начало на стр. 56.

чтобы научиться пользоваться губами для снятия пищи с ложки и перемещать пищу, готовую к проглатыванию, в заднюю часть ротовой полости. Часть пищи может стекать по подбородку, выплевываться. Этого с самого начала следует ожидать, и это не означает, что ребенку еда не нравится.

Кормление грудью «по требованию» должно продолжаться с такой же частотой и интенсивностью, как и в период исключительно грудного вскармливания, и грудное молоко или адаптированная смесь должны оставаться главным источником жидкости, пищевых веществ и энергии. В этот период никакие другие жидкости не нужны.

Первой предложенной ребенку пищей должны быть размятые продукты, состоящие из одного ингредиента мягкой консистенции, без добавления сахара, соли или острых приправ. Оптимальным согласно рекомендациям экспертов ВОЗ считается введение в качестве первого прикорма злаков (если ребенок плохо набирает массу) или овощного пюре (если его прибавка массы примерно соответствует среднестатистическим нормам). В качестве овощного прикорма рекомендуется кабачковое, картофельное пюре, в последующем переходят к смеси овощей с постепенным расширением ассортимента и введением в рацион цветной капусты, тыквы, белокочанной капусты, моркови, позднее — томатов и зеленого горошка (в пюре для размягчения можно добавить грудное молоко или детскую питательную смесь); в качестве злакового прикорма рекомендуется мягкая густая каша из традиционных злаковых продуктов, не содержащих глютен, — рис, гречиха, кукуруза. Следует помнить, что рисовую кашу, как и любую другую, целесообразно покупать, а не готовить самостоятельно (гарантия качества, экологической чистоты и удобства в употреблении), причем среди всего ассортимента представленных на нашем рынке рисовых каш предпочтение следует отдавать готовой детской каше, содержащей видоизмененный крахмал, что, безусловно, исключает провоцирование запоров. Все каши для первого прикорма должны быть безмолочными и разводиться теплой кипяченой водой, грудным молоком или привычной для ребенка смесью непосредственно перед употреблением. Ни в коем случае нельзя на первый прикорм давать крупы, содержащие глютен, поскольку глютеносодержащие злаки могут индуцировать у детей первых месяцев жизни развитие глютенной энтеропатии. Именно поэтому не следует давать манную кашу (содержащую фитин и глиадин, избыток которого может провоцировать развитие целиакии). Для детей, склонных к запору, в последующем рекомендуются быстрорастворимые детские каши, обогащенные пре- или пробиотиками. Вначале каша должна быть достаточно жидкой. В начальном периоде прикорм дают 1 раз в день до кормления грудью и только с ложечки, начиная с минимальных доз (1 чайная ложка) и постепенно (за 2-3

недели) доводя количество вводимой пищи (пюре или каши) до полной порции (150 г пюре на одно кормление). В овощное пюре рекомендуют добавить 2-3 капли нерафинированного растительного масла.

Кормление грудью «по требованию» с введением прикорма следует продолжать, при этом ребенок может не сохранить той же частоты и интенсивности кормления грудью, что и во время исключительно грудного вскармливания.

Спустя 3-4 недели после введения в рацион овощей и каш его можно расширить, добавив бобовые, овощи, фрукты и различные зерновые продукты, тщательно проваренные, размятые или протертые, а также мясо (предпочтение отдается индейке, кролику как менее аллергенным сортам) — все постепенно, внимательно наблюдая за реакцией ребенка и соблюдая очередность вводимых продуктов. К 9-10 месяцам протертое мясо заменяется фрикадельками и паровыми котлетами; к концу первого года жизни ребенок может получать ежедневно 60 г мяса. Несмотря на то что мясо является источником хорошо усваиваемого гемового железа, его переваривание требует значительного напряжения недостаточно зрелых ферментных систем желудочно-кишечного тракта. Печень детям первого года жизни давать не следует. Рыба представляет собой высокоаллергенный продукт и поэтому вводится с осторожностью не ранее 9-10 месяцев жизни при условии полного благополучия (иногда имеет смысл подождать с введением рыбы на первом году жизни и ввести ее в рацион малыша в последнюю очередь). Давать рыбу следует не чаще 1-2 раз в неделю, заменяя мясной прикорм.

Соки, с которых ранее традиционно начиналось знакомство малыша со взрослой пищей, в рацион ребенка в настоящее время рекомендуют вводить уже после того, как он попробует злаки, овощи, фрукты и мясо. Более раннее их введение сопровождается неудовлетворительной переносимостью (в том числе аллергическими реакциями и диспептическими расстройствами) приблизительно у 60% детей. Рекомендуется использовать в питании специальные консервированные соки для детского питания промышленного выпуска (гарантия качества и безопасности). Ассортимент соков и очередность их введения примерно повторяют очередность введения фруктового пюре — вначале целесообразно вводить яблочный сок (у него относительно низкая кислотность и относительно низкая аллергенность, при этом для приготовления сока или пюре предпочтительнее использовать яблоки зеленых сортов, например Симиренко). Затем вводят соки в следующем порядке — грушевый, сливовый, абрикосовый, персиковый, малиновый, вишневый, черносмородиновый, банановый. Все соки нужно разводить кипяченой водой. Необходимо помнить, что апельсиновый, мандариновый, клубничный соки не следует давать ранее года; из-за той же высокой аллергенности детям раннего возраста не нужно давать соки экзотических фруктов (манго, папайи, гуавы и т.д.).

Начинать надо с сока только из одного вида фруктов и лишь после привыкания к нему в возрасте после полутора лет можно вводить в рацион соки из смешанных фруктов. Начинают с минимальной дозы 5 г до полной адаптации ребенка, постепенно увеличивая дозу. К концу первого года жизни ребенок может получать в сутки 90-100 мл сока и такое же количество фруктового пюре.

Творог назначают здоровым, нормально развивающимся детям не ранее 9-10-месячного возраста, так как материнское молоко в сочетании с уже назначенным к этому времени прикормом способно, как правило, удовлетворить потребности детей в белке, дополнительным источником которого является творог. Кроме того, следует помнить о том, что у детей с выраженной склонностью к запорам творог — лишенный балластных веществ высокобелковый продукт — будет только провоцировать наметившиеся проблемы с опорожнением кишечника.

Желток (на первом году жизни желателно не больше половинки) при естественном вскармливании рекомендуют вводить приблизительно с 9-10-месячного возраста. Более раннее его введение часто приводит к возникновению аллергических реакций в связи с высокой сенсибилизирующей активностью данного продукта. Детям, имеющим в семейном анамнезе аллергию, желток на первом году жизни лучше не давать.

С 8-9 месяцев ребенку в качестве прикорма можно назначать кефир или другой кисломолочный продукт (рекомендуется к употреблению 1-2 раза в сутки, в ограниченном количестве). Кефир, как и все кисломолочные продукты, содержит кисломолочные бактерии, которые являются антагонистами многих вредных микробов, способных вызвать кишечные инфекции, образуют вещества, активно участвующие в процессе пищеварения и уменьшают нагрузку на еще недостаточно зрелую печень ребенка. Однако не следует стремиться к слишком раннему введению кефира — это увеличивает опасность развития метаболического ацидоза вследствие избыточного содержания белка и высокого содержания аминокислот, а также неспособности почек экскретировать полученные ионы водорода. Опасность развития метаболического ацидоза не угрожает детям, получающим высокоадаптированные кисломолочные смеси, так как при их употреблении в пищу в любом возрасте не происходит каких-либо отклонений в кислотно-щелочном состоянии, что исключает возможную избыточную нагрузку на почки ребенка.

С 8-9-го месяца в рацион ребенка вводятся сухари, печенье, хлеб, а в возрасте 1 года — зелень (петрушка, укроп и т.д.). Что касается цельного коровьего молока, то его следует назначать не ранее, чем в годовалом возрасте (имеются сведения о том, что цельное коровье молоко способно вызвать образование петехий на слизистой оболочке тонкой кишки, особенно у детей раннего возраста). Кроме того, не ферментированное коровье или козье молоко вследствие высокого

содержания белка и серосодержащих аминокислот в той же степени, что и кефир, может увеличить нагрузку на незрелую выделительную систему ребенка и привести к развитию позднего метаболического ацидоза.

Для детей в возрасте от года до 3 лет существует специально разработанное для этой возрастной категории детское растворимое молоко с бифидобактериями. Несмотря на то что продукт был разработан и рекомендован для удовлетворения потребностей здоровых детей, благодаря содержанию в нем пробиотиков (активных бифидобактерий), нормализующих работу желудочно-кишечного тракта и благоприятствующих усилению иммунитета ребенка, он особенно полезен для питания детей, склонных к запору. Регулярный ежедневный прием растворимого молока способствует развитию нормальной кишечной флоры и отвечает повышенным потребностям ребенка в возрасте от года и старше относительно содержания незаменимых питательных веществ.

Любой новый продукт включают в рацион ребенка постепенно и с максимальной осторожностью, начиная с минимальных доз (несколько ложек с последующим докормом привычной едой — материнским молоком, смесью). Оценивается реакция ребенка на новый продукт (поведение, сыпь на коже, сон, характер стула) и при отсутствии изменений доза увеличивается. Следует помнить, что постепенное введение любого нового продукта уменьшает риск появления дисфункции кишечника. Никогда нельзя вводить одновременно несколько новых продуктов. Чем младше ребенок, тем длительнее время адаптации, и составляет в среднем 7-14 дней. Не рекомендуется кормить маленького ребенка новыми продуктами питания, если он заболел, а также в течение 7 дней до и 7 дней после любой профилактической прививки или вакцинации.

С достижением ребенком годовалого возраста постепенно уменьшают объем и частоту кормлений грудью и увеличивают количество твердой пищи и жидкости. По мере уменьшения потребности ребенка в грудном молоке постепенно уменьшается секреция его у матери, что обычно не вызывает беспокойства и позволяет постепенно отказаться от кормлений грудным молоком. Следует отметить, что в связи с несомненной пользой грудного молока для растущего детского организма в целом и становления иммунной системы в частности в настоящее время ВОЗ советует сохранять грудное вскармливание как можно дольше — до 2 лет.

При невозможности наладить грудное вскармливание, недостатке или полном отсутствии материнского молока приходится прибегать к назначению искусственных смесей. Все выпускаемые смеси делятся на три категории: базисные (стартовые), последующие формулы и нестандартные формулы. Высокоадаптированные базисные смеси идеально подходят для вскармливания детей от рождения до полугода, последующие предназначены, как правило, для детей второго полугодия жизни и старше, нестандартные — для вскармливания недоношенных детей или детей с гипотрофией. Переходить от одной смеси к другой необходимо только в том случае, когда возникает повод для серьезного беспокойства, например малыш перестает прибавлять массу тела или нарушается характер стула. Любое изменение

питания сопряжено с риском срыва адаптации, поэтому проблемы со стулом только усугубляются, когда родители начинают лихорадочно менять одну смесь на другую. Подавляющее число случаев непереносимости молочных смесей связано с непереносимостью коровьего молока, служащего основой их приготовления, и в таких случаях целесообразно применить смеси-гидролизаты (частичные или полные). Полные гидролизаты могут быть назначены в качестве лечебных для ребенка с выраженной аллергической реакцией на белки коровьего молока, тогда как частичные гидролизаты являются оптимальным питанием для детей с повышенным риском развития аллергии, то есть могут быть использованы для употребления с первых дней жизни в качестве профилактики развития пищевой аллергии.

В настоящее время понятно, что любые разведения цельного коровьего молока уступают высокоадаптированным смесям и по качеству, и по количеству аминокислотного состава, витаминов, микроэлементов. Так, в настоящее время существуют смеси, предназначенные для вскармливания здоровых детей с рождения, содержащие железо, таурин, L-карнитин, йод, селен, при этом обогащенные живыми бифидобактериями с пробиотиками или пребиотиками. Все эти продукты в ходе исследований подтвердили свое благоприятное воздействие на микрофлору кишечника и его выделительные функции; не говоря уже об обилии так называемых специальных смесей, предназначенных для вскармливания недоношенных, детей с малой массой тела, а также с недостаточностью лактазы и пр. Особенно благоприятное действие на детей, склонных к запору, производят смеси, обогащенные пребиотиками — галактоолигосахаридами (ГОС) и фруктоолигосахаридами (ФОС). Помимо того, что пребиотические волокна вносят существенный вклад в формирование здоровой кишечной микрофлоры, улучшая трофику эпителиоцитов, они благоприятствуют нормализации перистальтической активности ЖКТ и способствуют формированию регулярного мягкого стула.

После введения в рацион питания твердой пищи для профилактики запора необходимо, чтобы ребенок получал продукты, содержащие клетчатку (продукты растительного происхождения) и пищевые волокна (хлеб, мясо, орехи). Пища не должна быть механически, химически и термически щадящей, напротив, желательным включением в меню сырых овощей и фруктов, салатов, винегретов, грубых каш, овощных супов, блюд из мяса и птицы (лучше куском). При склонности к запору прежде всего следует попытаться восстановить нормальную работу кишечника за счет питания, используя продукты, обладающие послабляющим действием: сырые овощи и фрукты, бахчевые (арбуз, дыня), морская капуста, косточковые ягоды (слива, вишня, абрикос), кисломолочные продукты (кефир, йогурты, сыр), грубые рассыпчатые каши (овсяная, гречневая, кукурузная, перловая), хлеб из муки грубого помола (ржаной, с отрубями), растительное масло. Одновременно следует уменьшить употребление продуктов, обладающих крепящим действием (творог, рис, мучные изделия, чай, кофе, шоколад, какао). Возможно использование контраста температур: вслед за горячим блюдом целесообразно выпить стакан холодного сока, компота или минеральной воды. Для определения

продукта, вызывающего затруднения стула у ребенка, полезно вести пищевой дневник, ежедневно записывая съеденные продукты. Причиной запора может послужить избыточное количество молока или других молочных продуктов, бананов, риса, яблочного пюре. Следует максимально разнообразить меню ребенка, включая в него булочки из отрубей с изюмом, такие овощи, как морковь и сельдерей в перерывах между приемами пищи, побольше яблок и груш, фруктовые и овощные салаты с добавлением растительного масла.

Тщательно сбалансированная, содержащая достаточное количество продуктов растительного происхождения и пищевых волокон еда, соблюдение принципов рационального питания является важнейшим условием профилактики развития запора в любом возрасте ребенка.

Диетическое питание должно сочетаться с правильным питьевым режимом. Достаточное количество жидкости необходимо не только в грудном возрасте, о чем сказано выше, но во все периоды роста и развития ребенка. Кроме минеральной негазированной воды, необходимо употреблять натуральные фруктовые соки. Достаточное количество жидкости (не менее 1-2 литров в сутки в зависимости от возраста) особенно важно, если ребенок получает в составе пищи отруби и продукты с высоким содержанием клетчатки. Жидкость обуславливает размягчение клетчатки в кишечнике, что способствует образованию мягкого, легкого выходящего кала.

Следует помнить, что одной из важных причин развития запора является гиподинамия и связанная с ней мышечная гипотония. Необходимо нормализовать двигательный режим ребенка. Здоровый ребенок должен быть активным. Полезен общий массаж, способствующий укреплению мышц, особенно детям с мышечной гипотонией и замедленным формированием рефлексов. В более старшем возрасте показана ЛФК, направленная на укрепление мышц брюшного пресса.

У детей первых месяцев жизни еще слабо развит рефлекс на опорожнение кишечника, что способствует развитию запора. С целью стимуляции рефлекса на дефекацию целесообразно незадолго до кормления провести легкий (в течение 5-7 минут) массаж живота по часовой стрелке, дополненный притягиванием ножек к животу и выкладыванием на живот. Если после кормления самостоятельного стула у ребенка нет около суток, желательным в одно и то же время последовательно проводить мероприятия, стимулирующие двигательный рефлекс на дефекацию: более интенсивный и длительный массаж живота (в течение 20-30 мин); механическое раздражение области заднего прохода в виде поступательных движений нетравмирующими предметами обязательно с вазелином или кремом (ватный тампон, кончик резиновой груши); газоотводная трубка (напрямую, резиновая груша со срезанным верхом на 10-20 мин при подогнутых к животу ножках). Нередко вслед за отхождением газов следует стул. Только в случаях неэффективности этих мероприятий и не ранее, чем через 36 ч отсутствия стула можно сделать ребенку очистительную клизму водой комнатной температуры. Использовать для профилактики алиментарного запора слабительные средства недопустимо, для лечения — крайне нежелательно.

Если диетический и двигательный режимы являются основной и чрезвычайно

действенной мерой профилактики развития хронического запора, то условно-рефлекторные (привычные) запоры требуют энергичных мер воспитательного и культурно-просветительского характера. Большое значение имеет правильный режим и благоприятная психологическая атмосфера. Необходимо рациональное чередование занятий и отдыха, исключение значительных психоэмоциональных нагрузок. Следует стремиться к доверительному контакту с ребенком, что позволит своевременно предупреждать и решать возникающие проблемы. Во избежание психоэмоционального стресса, который может способствовать возникновению хронического запора, не следует преувеличивать «провинности» ребенка. Если необходимо наказание — оно должно быть адекватно проступку. В детском, особенно раннем возрасте нервно-рефлекторные связи еще не совершенны; механизм дефекации вырабатывается постепенно в зависимости от окружающей обстановки и индивидуальных особенностей организма. Навык опорожнения кишечника начинает формироваться с первых месяцев жизни и закрепляется по типу условного рефлекса. Поэтому воспитание ребенка играет исключительно важную роль в профилактике развития хронического запора и проктологических заболеваний. Создавая условный рефлекс на акт дефекации, можно и нужно регулировать его. Необходимо стремиться прививать детям навык ежедневной утренней дефекации, считая это столь же необходимым, как формирование привычки умываться, чистить зубы и т.д. (А.И. Ленюшкин). В младших группах детского сада (в отличие от ясельной), как правило, уже нет горшков и режима высаживания на горшок. Считается, что дети этого возраста полностью себя обслуживают и не требуют особого внимания при посещении туалета. Тем не менее имеющиеся детские унитазы высокими для трехлеток, психологический стресс (отрыв от дома, от родителей), отсутствие привычных условий для дефекации, должного внимания персонала детского сада, другие режимные моменты могут стать настоящей проблемой в жизни ребенка. Школьные годы также связаны с проблемой дефекации у многих детей: стеснительность, отсутствие определенных санитарно-гигиенических условий в школьных туалетах, насмешки старших школьников, проблема отпроситься в туалет с урока приводят к систематическому подавлению рефлекса на опорожнение кишечника. Дальнейшее уплотнение каловых масс, формирование фекаломы с диаметром, не соответствующим возможностям анального канала, боязнь дефекации усугубляют проблему (М.И. Барсукова, В.Л. Пайков). Поэтому актуальной проблемой профилактики условно-рефлекторных запоров является решение вопросов психологического и социального характера, иногда требующее вмешательства детского психотерапевта.

Многие профилактические мероприятия при запоре у детей раннего возраста являются одновременно и лечебными (диетический и водный режимы, массаж живота, стимуляция рефлекса на дефекацию и т.д.). Прибегать к назначению слабительных препаратов следует только в случаях полной безуспешности специфических мероприятий. Препаратом выбора для лечения запоров у детей раннего возраста является лактулоза — синтетический дисахарид, не встречающийся в природе, в которой каждая молекула

связана с молекулой фруктозы. Лактулоза попадает в толстую кишку в неизменном виде (лишь около 2% всасывается в тонкой кишке). В процессе бактериального разложения лактулозы на короткоцепочные жирные кислоты (молочную, уксусную, масляную) снижается pH содержимого толстой кишки. За счет этого повышается осмотическое давление, что ведет к задержке жидкости в просвете кишки и усилению ее перистальтики. Следует отметить, что лактулоза запрещена в странах Европы в качестве пищевой добавки и используется только в составе лекарственных средств. Препаратом выбора для лечения хронического запора у детей раннего возраста является Дуфалак, содержание лактулозы в котором составляет 67%. Доза Дуфалака подбирается индивидуально, начиная с 5 мл 1 раз в сутки. При отсутствии эффекта дозу постепенно (на 5 мл каждые 3-4 дня) увеличивают до получения желаемого эффекта. Обычно начальная и поддерживающая доза Дуфалака для детей первых 3 лет жизни составляет 5 мл, 3-7 лет — 5-10 мл.

При выраженном абдоминальном синдроме у детей раннего возраста предпочтителен прифиния бромид. Препарат избирательно блокирует периферические М-холинорецепторы слизистой оболочки пищеварительного тракта. Детям первых 3 лет жизни прифиния бромид назначается из расчета 1 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема в виде сиропа, при необходимости — парентерально.

При сопутствующих явлениях выраженного кишечного дисбиоза иногда приходится прибегать к пробиотикам. У детей начиная с 6-месячного возраста может быть использован Бифи-форм детский — диетическая добавка, содержащая *Lactobacillus rhamnosus GG* и *Bifidobacterium lactis BB12* в сочетании с витаминами В₁, В₆ — по 1 пакетик, а детям старше 2 лет по 1 жевательной таблетке 2 раза в сутки.

Лечение хронического запора у ребенка первых 3 лет жизни требует не только опыта и соответствующих врачебных знаний, но и обязательно индивидуального подхода с учетом особенностей конкретного ребенка, находящегося в конкретных условиях.

Начинать профилактику запора следует сразу же после рождения ребенка, организуя сбалансированное питание и развитие условного рефлекса на акт дефекации. В более старшем возрасте эти мероприятия ни в коей мере не утрачивают своего значения. Только соблюдение этих условий позволит решить серьезную медико-социальную проблему, которую представляют хронические запоры у детей, что требует широкой медицинской пропаганды среди населения.

Литература

1. Алиева Э.И., Филин В.А., Петросова С.А. Функциональные методы исследования детей с хроническими запорами // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Материалы IV Рос. конгр. — М., 2005. — С. 37.
2. Бабак О.Я. Запор. Современный взгляд на проблему // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — № 4. — С. 20-23.
3. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Клиническая классификация хронического запора у детей // Врачебная практика. — 2001. — № 5. — С. 80-83.
4. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н. Хронические запоры у детей // Вопросы современ. педиатрии. — 2002. — Т. 1. — № 6. — С. 56-61.
5. Hyman P.E., Milla P.G., Benning M.A. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders // Neonatal Toddler. — 2006; № 130/5. — S. 1519-1526.
6. Koch A., Vaderholzer W.A., Klausner A.G. et al. Symptoms in chronic constipation // Dis colon rectum. — 1997. — №40. — S. 902-906.
7. Muller-Lissner S.A. /цит. О.Я. Бабак / The American Journal of Gastroenterology. — Т. 100. — № 1. — S. 232-242.