

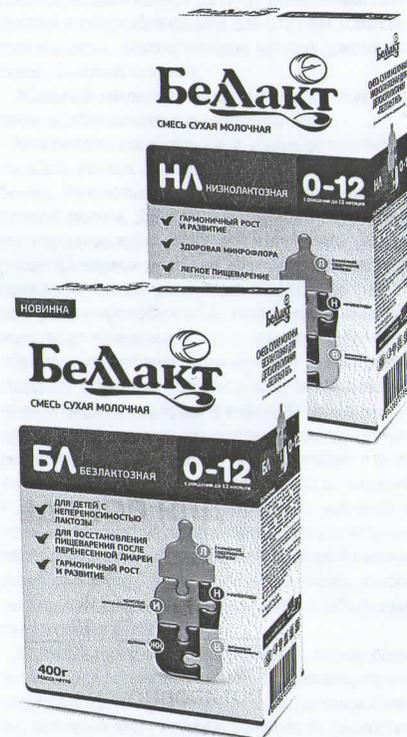
**ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ
КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ
ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ
КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Галькевич Н.В.
УО Белорусский
государственный
медицинский университет

■ **Лечебное питание является одной из главных составных частей лечения, особенно при острых кишечных инфекциях, которые могут проявляться симптомами гастрита, энтерита, колита или сочетанным поражением разных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).**

Диета ребенка в каждом случае должна соответствовать особенностям течения заболевания, учитывать нарушения, которые возникли в организме ребенка, его возраст, уровень физического развития. Эти меры помогают облегчить работу пищеварительных желез, нормализуют деятельность ЖКТ, улучшают процессы переваривания, всасывания и усвоения пищи. Диетотерапия является важнейшей частью лечения детей, переносивших ОКИ, так как при неадекватном питании возможно формирование длительной диареи, вторичной лактазной недостаточности, развитие гипотрофии, в последующем - задержки физического развития и т.п.

Лечебное питание является постоянным и ведущим компонентом терапии острых кишечных инфекций (ОКИ) на всех этапах болезни. Основой диетотерапии является рациональный режим питания и коррекция рациона в зависимости от фазы заболевания. Следует упорядочить часы кормления, правильно определить объемы употребляемой пищи, исключить из рациона ребенка несоответствующие продукты. В организации питания больных детей принципиально важен отказ от проведения водно-чайной («голодной») паузы, т. к. доказано, что даже



при тяжелых формах кишечных инфекций переваривающая и всасывающая функция кишечника сохраняется. Длительное нахождение ребенка без пищи приводит к замедлению процессов репарации, способствуют развитию белково-калорийной недостаточности, снижению массы тела и значительно ослабляет защитные силы организма.

Учитывая особенности питания детей грудного возраста и детей старшей возрастной группы, рассмотрим лечебное питание применительно к каждой из этих категорий больных.

При построении диеты больным с ОКИ необходимо учитывать влияние продуктов и блюд на моторику кишечника. В этом отношении продукты можно разделить на 3 группы:

- 1. Продукты, усиливающие моторику:** черный хлеб, сырые овощи, фрукты, сухофрукты, особенно курага, чернослив, хлеб, содержащий отруби, бобовые, каши (гречневая, овсяная, ячневая), жилистое мясо, соленья, маринады, закусочные консервы, копчености, газированные напитки, пиво, квас, жирная пища, очень сладкие блюда, кисломолочные напитки (свежий кефир), кислые сорта ягод и фруктов, холодная пища. Такие продукты и блюда не рекомендуются при кишечной дисфункции.
- 2. Продукты, ослабляющие моторику:** блюда вязкой консистенции (слизистые супы, протертые каши, кисели), продукты, обогащенные танином (крепкий чай, какао на воде, черника, черемуха), а также блюда в теплом и горячем виде. Эти продукты являются предпочтительными при диарее.
- 3. Индифферентные продукты:** паровые блюда из нежирных и нежирлистых сортов мяса и птицы, отварная нежирная рыба, пшеничный хлеб из муки высшего сорта подсушенный или в виде сухариков, свежеприготовленный пресный творог. Такими продуктами можно разнообразить и обогатить рацион при заболевании ОКИ.

Детям старше года в острый период ОКИ не рекомендуются продукты питания, богатые пищевыми волокнами и приводящие к усилению работы кишечника, усиливающие секрецию желчи, приводящие к броидильным процессам в кишечнике. В первые 3–5 дней острой диареи у детей старше года рекомендуется полное исключение цельномолочных продуктов, а также продуктов из 1-й группы. Пища дается протертая, в теплом виде. Учитывая наличие повторной рвоты при ОКИ и зачастую невозможность принятия полного

объема питания, рекомендуется уменьшать объем разовой порции и увеличивать частоту приема пищи.

Обязательным компонентом диетотерапии ОКИ является дополнительный прием жидкости в соответствии с физиологическими потребностями и продолжающимися потерями. Для питья можно предлагать некрепкий чай, дегазированную минеральную воду, рисовый отвар, компот из сухофруктов. Применяются также готовые оральные растворы солей (ОРС): регидрон, гастролит, оралит и др. Для коррекции минерального обмена в домашних условиях при отсутствии готовых ОРС можно приготовить раствор самостоятельно. Для этого надо взять: 1 чайную ложку поваренной соли мелкого помола, чайной ложки пищевой соды, 8 чайных ложек сахара и добавить 1 литр охлажденной кипяченой воды. Этот раствор не содержит калия, поэтому некоторые авторы предлагают добавлять апельсиновый сок. В один стакан апельсинового сока (содержит 1,5 г калия хлорида) добавляют 0,5 ч. л. поваренной соли (3,5 г натрия хлорида) и 1 ч. л. питьевой соды (2,5 г натрия бикарбоната), после чего доливают кипяченую воду до общего объема 1 л.

Старшим детям можно понемногу пить раствор из чашки или давать по 1-2 столовых ложки через каждые 3-5 минут. Большой объем жидкости, выпитый сразу, может вызвать рвоту. Если рвота повторяется, то надо сделать перерыв в течение 10-15 минут, а затем продолжать пить, но более медленно.

В острый период заболевания рекомендуются сухари, слизистые супы на слабом вторичном бульоне с протертым мясом (кнели, фрикадельки), паровые рубленые изделия из отварного мяса, рыбы, птицы, протертые жидкие каши на воде или обезжиренном мясном бульоне (рисовая, манная, гречневая, овсяная), яйца (не более 1 шт. в день) в виде паровых омлетов, в блюдах или всмятку. Из молочных продуктов разрешается только свежеприготовленный творог и паровые пудинги из него, жиры в виде сливочного несоленого масла в готовые блюда по 5 г на порцию. Все блюда готовятся с условиями механического и химического щажения ЖКТ.

При улучшении состояния перечень блюд и продуктов постепенно расширяется за счет добавления сухого несдобного печенья, вагтрушек с творогом, несдобных булочек 1–2 раза в неделю; в супы добавляются мелко нашинкованные овощи (картофель, морковь, кабачки, тыква, цветная капуста). Овощи даются отварные или в виде пюре, паровых суфле из протертых овощей. Каши готовятся с добавлением 1/3 молока, кисломолочные продукты — с кислотностью не выше 90 по Тернеру при хорошей переносимости. Можно употреблять неострый сыр, сметану как приправу к блюдам, свежеприготовленный творог и пудинг из него, кисели, печеные яблоки, суфле из сладких сортов ягод.

Запрещены в острый период ОКИ: капуста белокачанная, свекла, репа, брюква, редька, редис, лук, чеснок, грибы, шавель, шпинат, кислые сорта ягод и фруктов, копчености, маринады, соленья, холодные газированные напитки, консервы, томатная паста, натуральное молоко, тугоплавкие жиры, крепкие бульоны, пшено, перловая крупа.

Щадящую диету назначают минимум на 10 недель при энтерите и на 6 недель при колите. Затем, при исчезновении клинических симптомов и нормализации морфологической картины слизистой оболочки кишки, используют основную стандартную диету, на которую больного переводят методом «зигзагов», т. е. на фоне щадящей диеты 1–2 раза в неделю назначают основную стандартную диету. Основная стандартная диета является непротертой и более разнообразной по набору продуктов: постепенно вводятся ранее запрещенные продукты, каши варят рассыпчатые с добавлением 1/3 молока; мясо, рыбу отваривают куском; не используют тушение, жарение, пассерование.

Необходимо помнить, что морфологическое выздоровление наступает позже клинического, поэтому не следует торопиться с расширением диеты даже при отсутствии жалоб у пациента. Переход на обычное питание должен быть постепенным. Несоблюдение диеты в этот период часто приводит к возобновлению кишечных нарушений и формированию хронического энтерита или колита.

После ОКИ длительно сохраняется недостаточная переваривающая и всасывающая способность кишечника, что диктует необходимость некоторого щажения ЖКТ.

При возникновении у больных постинфекционных запоров не следует прибегать к слабительным препаратам, т. к. это может привести к хронизации болезни. В таких случаях рацион корректируют за счет включения продуктов с послабляющим действием (свекла, сухофрукты, растительное масло, овощные пюре, свежий кефир).

У детей первого года жизни с ОКИ есть свои особенности в диетотерапии.

Кратность кормлений и количество пищи на один прием определяется возрастом ребенка, тяжестью состояния, наличием и частотой рвоты. Для детей первого года жизни, переносящих ОКИ, оптимальным видом пищи является грудное молоко, так как оно содержит огромное число защитных факторов (иммуноглобулин А, лизоцим, интерферон, лактоферрин и т. д.), чрезвычайно необходимых ребенку с кишечной инфекцией. Однако, принцип «свободного вскармливания» в период острой фазы заболевания не приемлем, поскольку частое прикладывание ребенка к груди чаще всего приводит к возникновению или усилению рвот, срыгиваний и диареи. Необходимо увеличить кратность кормления на 1–3 раза в сутки, сократить интервал между кормлениями и соответственно уменьшить на 1/2–1/3 объем молока, всасываемый за раз по сравнению с объемом, съедаемым до болезни.

Если ОКИ развилась у ребенка, находящегося на естественном вскармливании, то его перевод на искусственные молочные смеси, которые могут спровоцировать развитие аллергических реакций не является рациональным. В таких случаях с целью снижения лактозной нагрузки на кишечник можно рекомендовать сцеживание «переднего» молока, содержащего больше лактозы, и докармливание ребенка более калорийным «задним» молоком. При этом ребенок будет получать материнские белки, иммуноглобулины и другие защитные факторы и не будет страдать от недоедания.

Основной принцип диетотерапии — кормление небольшими порциями, более часто, до 7–8 раз в сутки. Если аппетит у ребенка не нарушен, то режим питания нужно сохранить таким же, каким он был до болезни. Детей первого года жизни с тяжелым течением ОКИ вначале кормят через 2 часа (т. е. 8–10-кратный режим кормления). Желателен ночной перерыв на 6 часов. При этом ребенок получает на одно кормление 10–50 мл пищи при 10-разовом кормлении или по 60–80 мл через 2,5 часа при 8-кратном приеме пищи. По мере улучшения состояния перерыв между приемами пищи увеличивается при одновременном увеличении объема разовой порции: при кормлении через 3 часа (7 раз в день) — по 90–110 мл, при 6-кратном (через 3,5 часа) — по 120–150 мл, при 5-кратном — по 170–200 мл через 4 часа.

Недостаточный физиологический потребности объем питания должен быть возмещен жидкостью (ОРС) через рот или парентерально. Поить солевым раствором маленьких детей нужно небольшими порциями по 2–3 чайных ложки каждые 3–5 минут. При даче слишком большого количества жидкости у ребенка могут появиться отеки на веках. В таких случаях следует уменьшить объем жидкости и замедлить темп отпаивания.

Кроме увеличения кратности кормлений и уменьшения объема съедаемой пищи у детей в возрасте до 1,5 лет принято возвращаться к питанию, характерному для более младшего возраста. Например, если ребенок в возрасте 10 месяцев получал три прикорма (кашу и овощи, творог), то в случае заболевания ОКИ необходимо оставить в питании только прикорм, введенный первым. Прикормы дают с учетом действия продуктов на моторику кишечника. Мягким сорбирующим действием обладает пектин некоторых фруктов. При острых кишечных инфекциях очень полезно давать больному ребенку (с учетом возраста и ранее введенных продуктов) пюре из печеных яблок, вареной на пару моркови, тыквы, кабачков, бананы. Рисовая каша-размазня готовится на воде или на овощном отваре, а при улучшении стула — на разбавленном молоке (1:2). Уже со 2–3-го дня болезни мож-

но давать хорошо проваренное мясо в виде суфле, кнелей, паровых котлет, фрикаделек. Спустя 3–4 дня в диету вводится овощной суп, а затем некрепкий мясной бульон.

При нарушениях всасывания углеводов и развитии первичного осмотического типа диареи (чаще при ОКИ вирусной этиологии) или вторичного (при ОКИ инвазивного типа) развиваются дисахаридная (лактазная) недостаточность и бродильные процессы, проявляющиеся метеоризмом. Поэтому необходимо ограничить, а в тяжелых случаях исключить базовые адаптированные молочные смеси, цельное коровье молоко, соки. При искусственном вскармливании следует подбирать смесь с таким количеством лактозы, которое перенесет больной, не допуская ухудшения клинической симптоматики. Ребенку следует назначить низколактозные или, в более тяжелых случаях, безлактозные смеси. Волковское ОАО «Беллакт» выпускает смесь с низким содержанием лактозы — «Беллакт НЛ» и безлактозную — «Беллакт БЛ». Эти смеси по содержанию белкового, жирового состава, витаминно-минерального комплекса являются полноценными смесями для вскармливания детей первого года жизни, имеющих проблемы с переносимостью лактозы. Базовую молочную смесь при необходимости постепенно заменяют низколактозной смесью, которую вводят частично в каждое кормление. Небольшие количества лактозы, поступающие в толстую кишку, являются естественным пребиотиком, стимулирующим рост собственных бифидо- и лактобактерий. Лактоза также является единственным источником галактозы, которая появляется при ее расщеплении и от которой зависит миелинизация нервных волокон, формирование ЦНС, синтез мукополисахаридов.

Безлактозные смеси дают при выраженной лактазной недостаточности, по мере улучшения стула постепенно следует перейти на низколактозную смесь. Т.к. восстановление переваривания углеводов зависит от тяжести ОКИ, вида диареи и многих других факторов, происходит в течение довольно длительного времени (иногда до 1,5–2-х месяцев), не следует спешить переводить ре-

бенка на базовую смесь.

Вскармливание ребенка с тяжелой формой ОКИ является сложным и строго индивидуальным, часто в диетотерапии используются лечебные гидролизаты - смеси, в которых дополнительно расщеплены молекулы белка. Отечественная смесь «Беллакт ГА» идеально подходит детям при выраженных нарушениях функции кишечника, т.к. содержит частично расщепленные белки и не содержит лактозы.

Блюда прикорма (если ребенок получал их до болезни) детям с развившейся лактазной недостаточностью готовят не на молочной или базовой смеси, а на той низко- или безлактозной смеси, которую получает ребенок. Предпочтительнее в виде прикорма первоначально давать рисовую, кукурузную, гречневую кашу, а затем по мере улучшения стула — вводить овощной прикорм. По мере выздоровления сначала вводится фруктовое пюре, а не соки вследствие их менее раздражающего действия на ЖКТ.

Ограничения в диете сохраняются не менее 1 месяца до стойкой нормализации частоты и характера стула, затем рацион постепенно расширяется.

С современных позиций одним из наиболее важных факторов, оказывающих влияние на течение ОКИ, особенно у детей раннего возраста, является состояние кишечной микрофлоры. Применение антибактериальных препаратов часто приводит к дополнительному нарушению нормального биоценоза кишечника, ухудшая естественный синтез витаминов. Нарушение метаболизма, недостаточное потребление витаминов с пищей при снижении аппетита в острый период ОКИ отрицательно сказывается на активности иммунологической защиты, что приводит к более тяжелому течению заболеваний. Роль нормальной микрофлоры при инфекционных диареях не ограничивается антагонистической конкуренцией и формированием колонизационной резистентности с патогенами за рецепторы слизистой кишечника, а определяется целым комплексом иммунорегуляторных функций, направленных на активацию системы комплемента, фагоцитоза, синтеза лизоцима и интерферонов, выработку раз-

личных биологически активных соединений и цитокинов, воздействие на гуморальное звено и стимуляцию антителиобразования. Поэтому важным моментом в лечении инфекционных диарей, особенно у детей раннего возраста, и последующей «реабилитационной» диеты является применение смесей, содержащих как представителей нормальной флоры кишечника (например, бифидобактерии), так и молочнокислых бактерий. К отечественным смесям, содержащим бифидобактерии, относятся смеси «Беллакт Иммунис» и «Беллакт КМ». В эти смеси введен пробиотический штамм *Bifidobacterium Lactis* BB-12, который восстанавливает микрофлору кишечника, подавляет дисбактериоз; препятствует росту патогенных микроорганизмов, защищая от кишечных инфекций; оказывает стимулирующее действие на иммунитет; способствует развитию кишечного эпителия; продуцирует витамины группы В.

Смесь «Беллакт КМ» кроме штамма *Bifidobacterium lactis* BB-12 содержит молочнокислые бактерии, которые в комбинации с заквашиванием улучшают состав кишечной микрофлоры, увеличивают синтез защитного иммуноглобулина. Нуклеотиды стимулируют созревание иммунной системы, улучшают регенерацию кишечного эпителия. Благодаря сквашиванию продукта белок легко усваивается.

При наличии неустойчивого стула после курса антибактериальной терапии детям на искусственном вскармливании показано длительное назначение смесей с пре- и пробиотиками или кисломолочных смесей для коррекции дисбиотических изменений в микрофлоре кишечника, а также каш, содержащих пребиотики (олигосахариды, инулин).

Таким образом, соблюдение всех перечисленных принципов питания при острых кишечных инфекциях поможет восстановлению нарушенных функций ЖКТ и ускорить выздоровление с наименьшими последствиями для здоровья.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барановский, А. Ю. Лечебное питание при инфекционных заболеваниях : учеб.-

метод. пособие / А. Ю. Барановский, Л. И. Назаренко, К. Л. Райхельсон. СПб. : Диалект, 2006. 112 с.

2. Детские инфекционные болезни. Лечебная практика : учеб. пособие / В. М. Цыркунов [и др.] ; под общ. ред. В. М. Цыркунова, В. С. Васильева. Минск : АСАР, 2009. 412 с.
3. Клиническая диетология детского возраста : рук. для врачей / под ред. Т. Э. Боровик, К. С. Ладодо. М. : МИА, 2008. 608 с.
4. Мачулина, Л. Н. Смеси в питании детей первого года жизни : пособие для медицинских работников / Л. Н. Мачулина, Н. В. Галькевич.

Минск : БЕЛТА, 2008. 40 с.

5. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М. : Союз педиатров России, 2011. 68 с.
6. Организация лечебного питания детей в стационарах : пособие для врачей / под ред. А. А. Баранова, К. С. Ладодо. М. : ЭВИТА-Проф, 2001. 240 с.
7. Шевченко, В. П. Клиническая диетология / под ред. В. Т. Ивашкина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 256 с. (Библиотека врача-специалиста).