

# Диетотерапия при кишечных заболеваниях у детей

*Летом частота острых кишечных инфекций сильно возрастает. И в первую очередь от этих заболеваний страдают самые маленькие дети. Многие родители задаются вопросом, можно ли кормить малыша, если у него рвота и жидкий стул. И если можно - то чем? И как правильно восстановить потери жидкости в организме?*

**Острые кишечные инфекции (ОКИ)** в настоящее время занимают второе место в структуре инфекционной заболеваемости детей после острых респираторных инфекций. Уровень заболеваемости ОКИ у детей в 2,5-3 раза выше, чем у взрослых, при этом половина регистрируемых случаев ОКИ приходится на долю детей раннего возраста (до 3 лет). ОКИ вызываются различными вирусами, бактериями и простейшими. Клиническая картина кишечных инфекций у детей характеризуется общеинфекционными симптомами: лихорадкой, вялостью, плохим самочувствием, отказом от еды и симптомами поражения желудочно-кишечного тракта (болями в животе, рвотой, жидким стулом). Заразиться кишечной инфекцией можно тремя путями: пищевым (алиментарным) - при употреблении в пищу инфицированных продуктов, содержащих возбудитель и/или его токсины (продукты жизнедеятельности микроорганизмов); водным - при купании в открытых водоемах и заглатывании воды, употреблении недоброкачественной воды для бытовых нужд (мытьё рук, посуды, овощей и фруктов) и контактно-бытовым путем (через грязные руки и предметы ухода)

Тяжесть течения ОКИ может колебаться **от легких форм до тяжелых** с развитием жизнеугрожающих состояний (острой почечной недостаточности, когда резко нарушается функция почек). Под легкими формами кишечных инфекций понимают случаи заболевания, протекающие при нормальной или субфебрильной температуре (37,2-37,7 градусов С), характеризующиеся одно- или двукратной рвотой и разжиженным или кашицеобразным стулом до 3-5 раз в сутки, причем симптомы болезни обычно проходят за 2-3 дня. Среднетяжелые формы ОКИ характеризуются высокой температурой, многократной рвотой, частым жидким стулом, развитием обезвоживания (дегидратации). Длительность заболевания составляет 5-7 и более дней. Для тяжелых форм ОКИ характерны неукротимые рвоты, стул без счета, температура выше 38,0 градусов С, выраженное обезвоживание, развитие судорог и т.д. Опасность кишечных инфекций в первую очередь состоит в развитии у ребенка обезвоживания из-за повторных рвот и жидкого стула.

### **Обезвожен ли организм?**

В таблице представлены те клинические симптомы, по которым родители самостоятельно могут оценить тяжесть обезвоживания у ребенка. В первую очередь обращают внимание на поведение ребенка, наличие жажды, состояние слизистых оболочек (сухие яркие губы, суховатый язык, наличие или отсутствие слез при плаче и т.д.), также необходимо оценить, как часто ребенок мочится и постараться определить объем выделенной жидкости (например, использовать емкость для сбора мочи с известным объемом, взвесить памперсы).

Признак	Степень обезвоживания		
	I степень	II степень	III степень
Состояние и поведение ребенка	Не изменено или беспокоен	Беспокоен или вялый, сонливый	Вялый, постоянно спит
Жажда	Пьет охотно, Жадно	Пьет жадно	Отказывается от питья
Слизистые оболочки рта	Влажные	Яркие, суховатые	Сухие
Кожная складка на животе (если собрать кожу живота ребенка в складку, и затем отпустить, то она...)	Расправляется мгновенно	Расправляется за 1—2 секунды	Расправляется более 2 секунды
Глазные яблоки	Не изменены	Не изменены или запавшие	Сильно запавшие
Количество мочи	Обычное	Уменьшено	Мочится очень редко

Необходимо обратить внимание, что **если у ребенка имеются рвота, жидкий стул, боли в животе, лихорадка к нему обязательно следует вызвать педиатра**. Так как, во-первых, могут быстро развиваться жизнеугрожающие состояния, а во-вторых, такие симптомы могут иметь место не только при острых кишечных инфекциях, но и при хирургических заболеваниях органов брюшной полости, малого таза и других заболеваниях (например, [менингит](#) - воспаление оболочек мозга, пневмония - воспаление легких). Важно своевременно определить истинную причину появления у малыша рвоты, жидкого стула, боли в животе и пр.

[К содержанию](#)

### **Подходы к лечению**

В комплексе методов лечения ОКИ на всех этапах болезни одна из ключевых ролей принадлежит восполнению потерь жидкости и солей (регидратация) в организме, а также диетотерапии. Восполнение потерь жидкости и солей может достигаться двумя способами в зависимости от тяжести состояния ребенка и степени обезвоживания. При умеренно выраженном обезвоживании (I и I-II степени; см. табл. 1) проводится дробное отпаивание ребенка (оральная регидратация) при выраженном обезвоживании (II и II-III степень; см. таблицу 1), либо при повторных, многократных рвотах приходится прибегать к внутривенному капельному введению жидкости.

### **Первая помощь**

Еще до приезда врача родители могут оказать первую помощь заболевшему ребенку. Начать ее необходимо со снижения температуры (если она выше 38,5 градусов C): раздеть ребенка, обтереть прохладной водой, и/или можно поставить в прямую кишку (ректально) жаропонижающую свечу (на основе парацетамола) или при отсутствии многократных рвот - перорально (через рот) дать принять средства на основе парацетамол или ибупрофена в виде сиропа или таблетки (растереть в порошок) в возрастной дозе. Далее необходимо дать ребенку принять энтеросорбент - препарат, обеспечивающий удаление из организма возбудителей и продуктов их жизнедеятельности (СМЕКТА, ФИЛЬТРУМ СТИ, ПОЛИФЕПАН, ЭНТЕРОСГЕЛЬ и т.д.) и приступить к проведению оральной регидратации.

## Восполняем потери жидкости (Правила регидратации)

Для оральной регидратации применяются как бессолевые растворы: рисовый отвар, кипяченая вода, чай с небольшим количеством сахара, неконцентрированный изюмный отвар, так и специальные глюкозо-солевые растворы, которые желательно всегда иметь в домашней [аптечке](#) (РЕГИДРОН, ГЛЮКОСАЛАН, ЦИТРОГЛЮКОСАЛАН, ГАЛАКТИНА). Кроме этого в настоящее время в аптечной сети имеется готовый морковно-рисовый отвар для отпаивания детей OPC-200 (ORS-200). Смесь для приготовления солевого раствора можно приготовить и в домашних условиях: на 1 литр кипяченой воды взять 20,0-40,0 г сахара, 3,5 г поваренной соли и 2,5 г пищевой соды, а для добавления калия 1/3-1/2 часть воды заменить изюмным или морковным отваром. Для приготовления морковного отвара необходимо взять 200 г очищенной моркови, измельчить, залить 1 литром холодной воды, довести до кипения и варить на медленном огне 20 минут. Затем протереть морковь сквозь сито, влить морковный отвар и довести объем полученной смеси до 1 литра кипяченой водой, охладить. При отсутствии у ребенка аллергических реакций на цитрусовые, в смесь можно выжать 1/3 лимона. Изюмный отвар готовится из 100-150 г тщательно вымытого изюма (лучше белых сортов) и 1 литра воды, доводится до кипения, варится 20 минут, процеживается и охлаждается до комнатной температуры.

Соотношение глюкозо-солевых растворов (регидрон, OPC-200) к бессолевым растворам (чай, вода) при проведении оральной регидратации должно быть следующим:

1 : 1 - при выраженной потере жидкости с жидким водянистым стулом;

2 : 1 - при потере жидкости преимущественно со рвотными массами;

1 : 2 - при сочетании потери жидкости с жидким стулом и повышенной температурой тела.

Рекомендуется чередовать дачу глюкозо-солевых и бессолевых растворов, и нежелательно их смешивать. Частой ошибкой является использование для оральной регидратации только глюкозо-солевых растворов, например, когда ребенку за сутки дают выпить до 800-1000 мл раствора регидрона, что приводит только к усилению поноса, за счет увеличения концентрации солей в кишечном содержимом, что ведет к дополнительному выделению воды в просвет кишки.

Оральную регидратацию принято делить на два этапа: I этап - первые 6 часов от начала лечения; необходимо ликвидировать в организме водно-солевой дефицит, возникший в результате обезвоживания, а II этап - это поддерживающая регидратация, которую проводят весь последующий период лечения с учетом суточной потребности ребенка в жидкости и солях и продолжающихся их потерь со рвотой, жидким стулом. Второй этап оральной регидратации проводят до прекращения диареи и рвоты. Ориентировочный объем раствора для поддерживающей регидратации составляет от 80 до 100 мл/кг массы тела ребенка в сутки. Примерный объем жидкости, необходимый для выпаивания малыша можно определить по таблице 2, но в первую очередь необходимо выполнять рекомендации лечащего врача.

## Расчет необходимого количества жидкости для оральной регидратации при обезвоживании у детей

Масса тела, кг	Количество раствора, мл			
	Обезвоживание I степени		Обезвоживание II степени	
	За 1 час	за 6 часов	за 1 час	за 6 часов
5	42	250	66	400
10	83	500	133	800
15	125	750	200	1200
20	167	1000	266	1600
25	208	1250	333	2000

Самым главным принципом оральной регидратации является дробность введения жидкости, для этого родители должны набраться терпения и поить ребенка малыми порциями через 10-12 минут. Ребенку в возрасте до года за раз можно давать до 5,0 мл (1 чайная ложка) жидкости, от 1-го до 3-х лет - до 10, 0 мл (две чайных или 1 десертная ложка), более старшим детям - до 15,0 мл (1 столовая ложка). Жидкость ребенку нужно давать из ложки, можно вливать за щеку из шприца (разумеется, без иголки) или отливать необходимый разовый объем жидкости в маленький рожок, не следует давать ребенку чашку с большим объемом жидкости, так как у малыша имеется жажда, самостоятельно он может выпить много жидкости (80,0-150,0 мл) и этим спровоцировать рвоту.

Следует знать, что при:

неукротимой рвоте;

общем тяжелом состоянии ребенка и обезвоживании II-III степени;

резком снижении выделения мочи (олигоанурии) (что может быть проявлением острой почечной недостаточности);

сахарном диабете

**Оральную регидратацию проводить нельзя**, т.к. она в этих случаях неэффективна и драгоценное время на оказание адекватной медицинской помощи будет упущено. При перечисленных состояниях необходимо лечение в стационаре с внутривенным введением препаратов.

Если оральная регидратация по каким-либо причинам оказалась неэффективной, состояние ребенка ухудшается, обезвоживание нарастает и т.д., то имеются прямые показания для госпитализации малыша в стационар, где ему будет назначена инфузионная терапия (внутривенное введение глюкозо-солевых и коллоидных (белковых) растворов). После стабилизации состояния будет продолжаться оральная регидратация. В отдельных случаях в стационаре регидратация проводится с помощью постановки зонда в желудок, то есть растворы медленно капельно поступают в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) ребенка в течение 12-18 часов.



## Диетотерапия

Рациональное питание или диетотерапия является важнейшей частью лечения детей, переносящих острые кишечные инфекции, так как при неадекватном питании возможно формирование длительной диареи, развитие гипотрофии (снижения массы тела), лактазной недостаточности (непереносимости углеводов молока) и т.п. Основой диетотерапии является рациональный режим питания и коррекция диеты в зависимости от фазы заболевания. Доказано, что даже при тяжелых формах кишечных инфекций переваривающая и всасывающая функция кишечника сохраняется, а длительное нахождение ребенка без пищи (так называемые водно-чайные паузы, которые раньше широко практиковали в лечении кишечных инфекций), наоборот приводит к задержке восстановительных процессов в слизистой оболочке ЖКТ, способствуют развитию белково-калорийной недостаточности, снижению массы тела. Адекватный подбор питания способствует повышению общей сопротивляемости организма и благоприятному исходу ОКИ у детей.

Следовательно, важнейшим принципом современной диетотерапии является отказ от водно-чайных пауз. Объем и вид питания определяется возрастом ребенка, характером предшествующего вскармливания, тяжестью и фазой основного заболевания, наличием сопутствующих заболеваний. [Питание детей](#) осуществляется в соответствии с режимом по возрасту, обязательно должен соблюдаться ночной перерыв в кормлении. Ребенка не следует кормить насильно.

При легких формах ОКИ суточный объем питания на 1-2 дня рекомендуется уменьшить на 15-20% и увеличить кратность приемов пищи на 1-2 кормления, недостающее количество пищи необходимо восполнять жидкостью. К 3-4 дню болезни объем питания постепенно восстанавливается.

При среднетяжелом течении кишечных инфекций пищу дают в 5-6 приемов, на 2-3 дня уменьшают суточный рацион на 20-30%, с восстановлением объема питания происходит к 4-5 дню болезни.

При тяжелых формах ОКИ можно пропустить 1-2 кормления, затем необходимо переходить кдробному кормлению с уменьшением суточного объема питания на 40-50%, а, начиная с 3-4-го дня болезни, объем пищи постепенно увеличивается и к 6-8 дню болезни полностью восстанавливается.

## Дети первого года жизни

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 "бессистемное и постоянное" прикладывание ребенка к груди чаще всего приводит к возникновению или усилению рвот, срыгиваний и поносов. Необходимо увеличить кратность кормления на 1-3 раза в сутки, сократить интервал между кормлениями и соответственно уменьшить на  $j-1/3$  объем молока, высасываемый за раз по сравнению с объемом, съедаемым до болезни. Количество грудного молока, получаемого ребенком за одно кормление, можно контролировать, взвесив малыша до начала кормления и после его завершения, вычитав разницу в массе тела, которая и будет являться количеством съеденного, а в отдельных случаях ребенка можно кормить сцеженным грудным молоком.

Детям с ОКИ, находящимся на [искусственном вскармливании](#), при легком течении заболевания можно продолжать использовать детские смеси, которые ребенок получал до заболевания.

Хороший лечебный эффект оказывает включение в рацион ребенка адаптированных кисломолочных смесей ("НАН КИСЛОМОЛОЧНЫЙ", жидкие кисломолочные смеси "АГУША 1", "ГАЛЛИЯ ЛАКТОФИДУС" и т.д.), детям старше 8 месяцев в питание могут быть включены частично адаптированные кисломолочные смеси ("АГУША 2", "НАН 6-12 С БИФИДОБАКТЕРИЯМИ", ацидофильная смесь "МАЛЮТКА" и т.д.) и неадаптированные кисломолочные продукты для детского питания ("БИФИДОКЕФИР", "ЛАКТОКЕФИР", "БИФИЛАКТ", ДЕТСКИЕ КЕФИРЫ - "АИСТЕНОК", "АГУША", "ТЕМА").

При среднетяжелом течении кишечных инфекций, в питание детей до года по назначению врача могут быть включены низколактозные ("НУТРИЛОН НИЗКОЛАКТОЗНЫЙ", "ХУМАНА ЛП", "ХУМАНА ЛП+СЦТ", "НУТРИЛАК НИЗКОЛАКТОЗНЫЙ") или безлактозные смеси ("МАМЕКС БЕЗЛАКТОЗНЫЙ", "НАН БЕЗЛАКТОЗЫЙ", "НУТРИЛАК БЕЗЛАКТОЗНЫЙ", любые смеси на основе соевого белка).

Подбор питания ребенку с тяжелой формой ОКИ является сложным и строго индивидуальным, часто в диетотерапии используются лечебные гидролизатные смеси, в которых дополнительно расщеплены молекулы белка ("ФРИСОПЕП", "НУТРИЛОН ПЕПТИ ТСЦ", "ДАМИЛ ПЕПТИ", "НУТРАМИГЕН").

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 8 месяцев получал два прикорма (кашу и овощи), то в случае заболевания ОКИ необходимо оставить в питании только кашу, приготовленную на воде.

Приблизительно объем и режим питания, необходимый в острый период детям первого года жизни можно определить с использованием таблицы 3. Интервалы между кормлениями и объем пищи разовый и суточный в данной таблице зависят как от возраста ребенка, так и от тяжести течения заболевания (чем меньше ребенок и чем тяжелее его состояние, тем меньше объем разового кормления и интервалы между ними).

## Расчет объема питания, назначаемого ребенку первого года жизни с острой кишечной инфекцией

Объем разового кормления	Интервал между кормлениями	Количество кормлений за сутки	Объем пищи в сутки
25-50 мл	2,0 часа	10	250-500 мл
60-80 мл	2,5 часа	8	480- 640 мл
90–100 мл	3,0 часа	7	630-700 мл
110–160 мл	3,5 часа	6	660-960 мл
170-200 мл	4 ,0 часа	5	850-1000 мл

## Дети старшего возраста

Питание детей старше года при ОКИ осуществляется по тем же принципам, что и детей первого года жизни. При приготовлении пищи должен соблюдаться принцип механического и химического щажения ЖКТ: все блюда должны быть в отварном виде или приготовленные на пару, желательно в виде пюре или протертых блюд (супы-пюре, протертые каши, суфле, омлеты), благоприятный эффект оказывают кисели с использованием натуральных ягод, особенно черники, компоты из сухофруктов (за исключением чернослива).

В острый период ОКИ **не рекомендуются продукты питания**, богатые пищевыми волокнами и приводящие к усилению работы кишечника, усиливающие секрецию желчи, приводящие к бродильным процессам в кишечнике. К таким продуктам относятся:

цельное молоко<sup>1</sup>;

каши на цельном молоке;

ржаной хлеб и ржаные сухари;

йогурты, ряженка, сливки;

овощи и фрукты, богатые пищевыми волокнами (белокочанная капуста, квашеная капуста, свекла, огурцы, редька, репа, редис, салат, шпинат, виноград, сливы, абрикосы);

бобовые, грибы, орехи;

сдобные хлебобулочные и кондитерские изделия;

соления, копчения, маринады;

газированные напитки;

жирные сорта мяса и птицы;

жирная рыба;

крепкие мясные и рыбные бульоны.

<sup>1</sup> Цельное молоко - молоко, при переработке которого не был изменен качественно и/или количественно ни один из его компонентов - белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные соли.

Максимальное механическое и химическое щажение ЖКТ должно соблюдаться только в острый период ОКИ, в первые 2-4 дня, с последующим постепенным расширением пищевого рациона. Далее уже не требуется тщательного измельчения пищи, можно давать фрикадельки, паровые котлеты, отварную рыбу, яйца, супы на нежирном бульоне, каши на молоке, разбавленном водой (1:1), свежие яблоки без кожуры, бананы. Следует постепенно расширять ассортимент хлебобулочных изделий: можно начинать давать сухари, приготовленные самостоятельно из "серых" сортов хлеба, сушки и "сухое" печенье (например, печенье "Мария"), галеты. Через 2-3 недели эти яства, можно постепенно заменить сдобной выпечкой.

Многие родители испытывают сложности с восстановлением аппетита и пищеварения у детей в течение 2-3-х недель после перенесенной ОКИ. На этапе выздоровления диета должна быть обогащенной молочнокислыми продуктами (с добавками про- и пребиотиков<sup>2</sup>) с исключением грубой растительной клетчатки и ограничением цельного молока, бульонов, консервов, продуктов с химическими добавками (в том числе газированных напитков, чипсов, сухариков и т.д.).

<sup>2</sup> [Пробиотики](#) - живые или высушенные культуры "полезных" бактерий (лакто-, бифидобактерии), обычно существующие в желудочно-кишечном тракте человека. Пребиотики - неперевариваемые ингредиенты пищи, способствующие улучшению здоровья за счет избирательной стимуляции роста и/или активности одной или нескольких групп бактерий, обитающих в кишечнике.

Таким образом, соблюдение всех несложных перечисленных принципов питания и лечения при острых кишечных инфекциях поможет выздороветь вашему малышу с наименьшими последствиями для здоровья, и в дальнейшем успешно расти и развиваться.