

М.Ю. Денисов

Новосибирский государственный университет, Российская Федерация

Острые пищеварительные расстройства у детей грудного возраста при введении прикорма

Контактная информация:

Денисов Михаил Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии (с курсом педиатрии) Новосибирского государственного университета

Адрес: 630090, Новосибирск, ул. Пирогова, д. 2, тел.: (383) 363-42-10, e-mail: mi.den@mail.ru

Статья поступила: 29.08.2012 г., принята к печати: 05.10.2012 г.

В статье приведены сведения о пищеварительных расстройствах, возникающих у детей грудного возраста при введении прикорма. Перечислены физиологические, возрастные и нутритивные предпосылки к их возникновению, приведена классификация осложнений при введении новых продуктов питания. Описана симптоматика и тактика лечения пациентов с нутритивными погрешностями в питании, инициировавшими расстройства пищеварения и/или аллергические реакции.

Ключевые слова: грудные дети, прикорм, функциональные расстройства пищеварительного тракта, пищевая аллергия.

(Вопросы современной педиатрии. 2012; 11 (5): 98–103)

Известно, что в первые мес после рождения идеальной пищей для младенца является грудное молоко. По мере взросления, во втором полугодии жизни метаболические процессы, происходящие в организме, интенсифицируются, повышается потребность в минеральных веществах (железо, кальций, фосфор, цинк и др.) и витаминах, других нутриентах (белке, углеводах, пищевых волокнах и др.), а также в поступлении дополнительного количества энергии, необходимой для дальнейшего роста и развития всех систем организма. В связи с этим возникает физиологическая необходимость расширения рациона питания, дополнительного введения пищевых веществ, поступление которых только с материнским молоком или детской молочной смесью становится недостаточным. Именно эту задачу успешно решает процесс введения прикорма.

Под прикормом подразумевают все продукты, вводимые в рацион детям грудного возраста в качестве

дополнения к женскому молоку, его заменителям или последующим смесям. Продукты прикорма изготовлены на основе продуктов животного и/или растительного происхождения с учетом возрастных физиологических особенностей детского организма [1]. Минимальный возраст, при котором возможно введение первых продуктов прикорма, — 4 мес. До этого времени пищеварительная система ребенка не готова к усвоению иной пищи, нежели материнское молоко или адаптированная молочная смесь. У детей первых мес жизни наблюдается почти полное отсутствие соляной кислоты в желудочном соке, хотя обкладочные клетки содержат все необходимые компоненты для ее синтеза, активность ферментов поджелудочной железы — весьма низкая. Даже гистамин и гастрин не вызывают усиления секреции соляной кислоты у новорожденных и грудных детей, pH в основном определяется водородными ионами не соляной, а молочной кислоты [2]. Известно, что в период лакто-

M.J. Denisov

Novosibirsk State University, Russian Federation

Acute digestive disorders in infants on introduction of additional feeding

This article contains information on digestive disorders developing in infants when introducing the additional food. Physiologic, age-dependent and nutritive preconditions for the development of such disorders, classification of the complications occurring on introducing of the new foodstuffs are represented in the article. The authors also describe clinical presentation and treatment management of the patients with nutritive dietary breach, resulting in digestive disorders and/or allergic reactions.

Key words: infants, additional food, functional disorders of gastro-intestinal system, alimentary allergy.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2012; 11 (5): 98–103)

трофного питания организму не требуются значимые концентрации водородных ионов и полостных ферментов. Переваривание химуса осуществляется за счет собственных ферментов, молочной кислоты и ряда других ингредиентов материнского молока. Таким образом, основополагающим является тот факт, что в первые мес жизни дети не нуждаются ни в какой другой пище, кроме грудного молока или, при его отсутствии, — молочной смеси.

Доказано, что в течение первых 4–5 мес жизни пищеварительный тракт ребенка интенсивно развивается и к окончанию данного периода становится относительно способным к сложной пищеварительной деятельности: значительно уменьшается проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, созревают органы, секретирующие пищеварительные ферменты, в т.ч. поджелудочная железа, формируется достаточный уровень местного иммунитета. С физиологической точки зрения важным является то, что на 5-м мес жизни ребенок приобретает способность проглатывать более густую пищу, нежели грудное молоко или смесь, угасает и исчезает защитный рефлекс «выталкивания» твердой пищи.

Основываясь на согласительных документах, принятых в Российской Федерации [1], введение продуктов первого прикорма детям целесообразно проводить в возрасте от 4 до 6 мес. В ряде других стран, например в Казахстане, принята тактика введения прикормов даже старше 6-месячного возраста. С медицинской точки зрения, сроки введения должны устанавливаться индивидуально для каждого ребенка с учетом особенностей его пре- и постнатального анамнеза, функционирования пищеварительной системы, органов выделения, уровня обмена веществ, а также степени развития и особенностей функционирования центральной нервной системы, т.е. его готовности к восприятию новой пищи. Схема и сроки введения прикорма у младенцев, находящихся на грудном и искусственном вскармливании, должны быть едиными. Это связано с тем, что современные высокоадаптированные молочные смеси содержат в своем составе достаточно большой набор витаминов и минеральных веществ, нет необходимости проводить коррекцию по этим веществам иными продуктами в более ранние сроки.

Как уже было отмечено, во многом последовательность введения отдельных продуктов и блюд прикорма зависит от нутритивного статуса и функционального состояния пищеварительного тракта ребенка. Авторы поддерживают мнение Т.Э. Боровик и соавт. [3] о том, что детям со сниженной массой тела, учащенным и разжиженным стулом, младенческими коликами в качестве первого основного прикорма целесообразно назначать каши промышленного производства, обогащенные железом, кальцием, цинком, йодом, а при паратрофии и функциональных задержках акта дефекации, запорах — овощное пюре. В питании ребенка можно использовать продукты и блюда, приготовленные как в домашних условиях, так и промышленного производства. Последним все-таки следует отдавать предпочтение, поскольку они изготавливаются из высококачественного сырья, соответствуют строгим гигиеническим требованиям и показателям безопасности, имеют гарантированный химический состав,

в т.ч. витаминный, независимо от сезона и различную степень измельчения. Процесс стартового введения продуктов прикорма является последовательным, он детально описан в многочисленных публикациях [3–6].

В настоящей статье авторы приводят сведения о т.н. пищеварительных трудностях, которые могут возникнуть при введении нового продукта, отличного от грудного молока или молочной смеси. Условно их можно классифицировать как трудности, связанные:

- с острым расстройством пищеварения (младенческая диспепсия);
- аллергическими пищевыми реакциями.

По данным собственных исследований, проблемы подобного характера возникают достаточно часто, однако родители не всегда обращаются к врачу, заявляя о той или иной ситуации, связанной с введением прикорма. Причем функциональные нарушения пищеварительного тракта нередко сочетаются с аллергическими проявлениями болезни. Так, авторами был проведен целенаправленный опрос 62 матерей, которые впервые приступили к введению прикорма. Раннее введение первого блюда прикорма (до 4 мес жизни) практиковали 12,9% матерей ($n = 8$). Анализ показал, что в 29% случаев ($n = 18$) у младенцев имели место острые расстройства пищеварения различной степени выраженности, у 25,8% малышей ($n = 16$) появились преходящие аллергические высыпания на коже, а сочетание этих симптомов зарегистрировано у 14,5% пациентов ($n = 9$). Таким образом, в целом трудности при введении прикорма установлены у 54,8% детей. Показатель обращаемости за медицинской помощью оказался незначительным: всего 4,8% случаев.

Оценка сложившихся ситуаций показала, что острые расстройства пищеварения (ОРП) у детей грудного возраста достоверно чаще возникали при раннем (до 4 мес жизни) начале введения в рацион нового блюда (у 6 из 8 детей) либо при одномоментном количественном и/или качественном перекарме, приготовлении пищи для младенца из несовместимых продуктов. Изредка отмечались случаи, когда ОРП формировалось при введении в рацион пищи, не соответствующей функциональному и нутритивному статусу ребенка. Так, в практике авторов наблюдали случаи вскармливания детей первых мес жизни молочным супом, сыром, колбасой и т.д. При таких пищевых нарушениях химус не может быть подвергнут достаточной обработке на уровне желудка и тонкой кишки в силу несовершенства ферментативных систем желудочно-кишечного тракта. Кишечное содержимое с избыточным содержанием нерасщепленных пищевых ингредиентов поступает в дистальные отделы кишечника, приводя к нарушениям функции пищеварительного тракта, бродильно-гнилостным процессам.

В 10 из 18 случаев родители заявили, что спровоцировали ОРП одновременным количественным перекармом блюдом первого прикорма — кашей, приготовленной в домашних условиях из крупы, обычно манной, и разведенного коровьего молока. Авторы связывают подобные ситуации с недостаточной грамотностью молодых родителей («по незнанию»), неверной интерпретацией советов, данных другими членами семьи, желанием

якобы «подкормить» малыша. В подавляющем большинстве анализируемых клинических ситуаций разовой стартовой дозой блюда прикорма ребенку 4–5 мес являлось максимально разрешенное суточное количество каши (100–120 г). Некоторые матери заявили даже о насильственном введении блюда прикорма.

Избыточное количество не успевших гидролизироваться в начальных отделах кишечника сложных углеводов каши поступало в дистальные отделы кишечника. С одной стороны, такой химус в той или иной мере вызывает повышение осмотического давления в кишечнике, привлекая в просвет кишки воду, с другой — в результате интенсивного бактериального брожения, вызванного микрофлорой толстой кишки, углеводы превращаются в жирные кислоты с короткой углеводородной цепью, в основном в молочную и уксусную кислоты. Они вызывают компенсаторное усиление перистальтики и бродильные поносы, аналогичные таковым при непереносимости лактозы [7].

Отмечено, что симптомы ОРП появлялись не сразу, а обычно по прошествии 30–90 мин после значимой пищевой погрешности. Предвестниками желудочно-кишечных расстройств были ухудшение общего состояния ребенка, беспокойство, плач, нарастающий по интенсивности приступ колики. Малыши сучили ножками, непрерывно плакали, отказывались от груди, нарушался сон. Температура тела в первые часы была нормальной, но со временем становилась субфебрильной. На высоте ОРП дистанционно можно было слышать урчание в животе, возникала многократная рвота.

Основной симптом болезни — расстройство акта дефекации. В начале заболевания стул рыхлый, жидкий, до 5–8 раз в сут, часто зеленоватого цвета, со слизью и белыми комочками. Родители отмечали, что порой кал извергался из кишечника с большой скоростью, сопровождаясь вспениванием. Испражнения имели кислый уксусный запах. Зеленый оттенок стула обусловлен ускоренным переходом гидробирубина в биливердин в кислой среде, белые комочки — магниезиальные и кальциевые мыла (соли) жирных кислот. При выраженных расстройствах пищеварения испражнения сравнивают по внешнему виду с мелко нарубленными яйцами. При перекорме младенца или раннем относительно его возраста введении в рацион питания овощного пюре выявляются его непереваренные частички, например морковь, брокколи, зеленый горошек и т. д.

В тяжелых случаях ОРП бактериальное расщепление химуса путем брожения в кишечнике приводит к накоплению в нем токсичных продуктов (энтеральный токсикоз). При этом стул у ребенка становится водянистым, брызжущим, каловые массы представлены только отдельными хлопьями. У младенца быстро нарастают явления обезвоживания (эксикоз). Данная ситуация является ургентной.

При всех видах пищевых погрешностей у ребенка возникают приступы абдоминальной боли (кишечная колика) из-за растяжения кишечной стенки скопившимися бродильными газами. Самопроизвольно газы отходят с трудом — из-за спазма отдельных участков кишки. Подобное явление вызывает у родителей особые пси-

хологические страдания: ребенок практически не спит, постоянно кричит, иногда более 3 ч подряд, живот выражено вздут, отмечается дистанционное урчание. Неврозоподобное состояние матери в этой ситуации значительно усугубляет состояние ребенка по принципу обратной биологической связи, возникает психологически замкнутый круг.

При осмотре пациента с ОРП состояние зависит от степени выраженности симптоматики: на высоте более в животе младенец беспокоен, громко плачет, не склонен к проведению осмотра, не реагирует на мать. Визуально выявляется бледность и сухость кожных покровов, полость рта обычной окраски, слизистая оболочка немного суховатая (блестящая). Если ОРП носит кратковременный характер, то язык не обложен, при постоянно повторяющихся пищевых погрешностях появляется белый налет. Живот вздут, при кишечной колике — напряжен, при пальпации — урчание и чувство «переливания жидкости». Наблюдается значительная гиперемия и мацерация кожи перианальной области, опрелости в области бедер, мошонки, паха вследствие раздражения кожи кислым каловым содержимым.

Постановка диагноза ОРП обычно не представляет затруднения. Нарушения режима вскармливания могут быть обнаружены на основании данных анамнеза. Авторы рекомендуют тщательно опросить мать о характере питания ребенка, а при наличии нескольких блюд прикорма необходимым условием является составление пищевого дневника. Он должен включать не только наименование продуктов, но и их количество, время введения. Если ребенок находится исключительно на грудном вскармливании, то кроме пищевого дневника необходимо изучить рацион питания кормящей матери: нарушения питания довольно часто провоцируют детские колики, изменения характера стула у малыша [8]. Во всех случаях ОРП необходима известная осторожность: заболевшие должны в течение некоторого времени пребывать под наблюдением врача. На фоне затянувшегося расстройства дефекации, жидкого стула, повторяющихся срыгиваниях достаточно высока угроза развития эксикоза.

В дифференциально-диагностическом плане прежде всего надо исключить те заболевания, которые требуют безотлагательной хирургической помощи (инвагинация, дивертикулит Меккеля и др.). Кишечные и респираторные инфекционные заболевания также могут начинаться и протекать с умеренно выраженными диспепсическими расстройствами. Именно поэтому в любом случае при наличии нарушений стула у грудных детей необходимо выполнить бактериологический и вирусологический анализ кала, внимательно осмотреть зев, провести аускультацию органов дыхания. Похожая симптоматика развивается при тяжелых формах непереносимости лактозы [7], при этом также требуется анализ вскармливания малыша.

Еще одна трудность при введении прикорма — развитие пищевой аллергии. Установлено, что кожные аллергические реакции наиболее часто возникали при раннем (до 4 мес жизни) начале введения первого блюда прикорма [9], обычно в составе которого при-

сутствует коровье молоко. Развитию подобной реакции способствуют физиологические особенности пищеварительной системы у младенцев первых мес жизни: высокая проницаемость кишечной стенки для крупных молекул вследствие преобладания процессов пиноцитоза энтероцитов (эффект решета), незрелость просветных пищеварительных ферментов и местной иммунной системы [2]. Группу риска составляют дети, родители которых страдают аллергическими (атопическими) заболеваниями.

После начала применения нового вида пищи, отличного от грудного молока или смеси, у ребенка появляются специфические высыпания на коже лица, туловища, конечностях. Обычно это небольшие по размеру пятна (гиперемия), локализованные на щеках. Такая кожная сыпь кратковременна и исчезает после отмены блюда прикорма, оставляя после себя сухость наружных покровов. Но иногда раннее введение нового продукта провоцирует развитие длительно текущих и трудно поддающихся лечению аллергических заболеваний, например атопического дерматита, бронхиальной астмы и др. Кожные покровы поражены на значительной площади, отмечается выраженная гиперемия, мокнутие, зуд и расчесы, иногда элементы вторичного инфицирования. Младенец крайне беспокоен, страдает его общее состояние. В исследованиях показано, что подобная ситуация является следствием т.н. гастроинтестинальной гиперреактивности в случае сочетанной отягощенности аллергологического и наследственного анамнеза по заболеваниям пищеварительной системы у родителей, чаще у матери, патологического течения беременности и родов, несвоевременного начала введения новых видов пищи, неконтролируемой гиперпродукции IgE [10].

Имели место также случаи сочетанного поражения кожных покровов и желудочно-кишечного тракта (примерно в каждом третьем случае) [11]. У младенцев после начала кормления новым продуктом развилась как аллергическая сыпь на коже, так и значимые расстройства пищеварения в виде частого разжиженного стула, колик, метеоризма.

Выбор и оказание медицинской помощи пациентам с изолированными пищеварительными проблемами не представляют значительных сложностей в отличие от ситуаций с аллергическим поражением кожи и слизистых оболочек пищеварительной системы. Помощь включает в себя коррекцию вскармливания (диетотерапию) и медикаментозное лечение. Однако в первую очередь следует успокоить родителей, указать им на допущенные ошибки с целью профилактики алиментарных заболеваний в будущем.

Как отмечалось ранее, в подавляющем большинстве случаев ОРП у грудных детей связаны с количественным и/или качественным перекармливанием блюдами прикорма либо несвоевременным введением таких продуктов. Вне зависимости от характера вскармливания первым этапом коррекции является отмена любых блюд прикорма. Рекомендованная в прошлом водно-чайная пауза при ОРП в настоящее время считается нецелесообразной. Мать должна сохранить грудное вскармливание,

не заменяя молоко водными растворами. При искусственном вскармливании используют только адаптированные смеси в том же объеме, что и при грудном типе, до полной нормализации стула. Авторы не рекомендуют менять смесь, которой ребенка кормили до лечения. Следует посоветовать матери увеличить частоту прикладывания к груди, сократив время кормления, добиваясь частого питания малыми порциями. Это способствует снижению требований к функциональной активности пищеварительного тракта. Так, если до эпизода ОРП мать кормила 6 раз в сут, то при развитии патологии можно перейти на 8–10-кратное кормление на период заболевания. В данной клинической ситуации считают целесообразным почасовой ритм кормления, а не питание по требованию, приветствуемое для здорового ребенка.

Эффективными в диетотерапии ОРП могут оказаться специализированные смеси, предназначенные для вскармливания детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта. При наличии симптомов пищевой аллергии выбор смеси зависит от состояния ребенка, предпочтение следует отдавать полуэлементным лечебным продуктам.

В случаях эксикоза обязательно использовать только гипертонические солевые растворы. В сложных случаях (при продолжающейся рвоте, нарушенном аппетите) введение солевых растворов проводят небольшими количествами через короткие промежутки времени, например каждые 10 мин по 1 чайной ложке. Парентеральное введение жидкости при неосложненной клинической ситуации обычно не используется, т.к. степень тяжести эксикоза невысока. Однако при возникновении энтерального токсикоза с эксикозом II–III степени внутривенное вливание растворов неизбежно. Осуществляется оно по обычным правилам инфузионной терапии в зависимости от патологических и физиологических потерь.

Медикаментозная терапия заключается в назначении препаратов трех групп: заместительной ферментной терапии, энтеросорбентов и средств, уменьшающих газообразование (антифлатулентов). Учитывая нарушение процессов переваривания, недостаточный ферментный потенциал желудочно-кишечного тракта, в частности поджелудочной железы, детям грудного возраста обязательно назначают заместительную терапию. Наилучшим терапевтическим эффектом обладает высокоактивный препарат панкреатина Креон 10 000. Препарат заключен в желатиновую капсулу, содержащую кишечнорастворимые минимикросферы. Принцип многоединичной дозы заключается в перемешивании минимикросфер с кишечным содержимым и, в конечном счете, — в лучшем распределении ферментов после их высвобождения внутри кишечного содержимого. Когда минимикросферы достигают тонкой кишки, кишечнорастворимая оболочка разрушается, происходит высвобождение ферментов с липолитической, амилалитической и протеолитической активностью, результирующее в дезинтеграции жиров, крахмала и липидов.

Детям в возрасте до года препарат назначают по 1/4–1/2 капсулы 3–4 раза в сут непосредственно перед нача-

лом кормления грудью или смесью. Необходимое количество содержимого капсулы смешивают с небольшим количеством пищи, например сцеженным молоком или смесью, и скормливают пациенту. Дозу следует подбирать индивидуально, контролируя состояние стула. Курс лечения составляет от 3 до 10 дней.

Следует отметить, что устаревшее средство в виде порошка свиного панкреатина не должно использоваться в практике в связи с низким ферментным потенциалом и значительным числом случаев развития аллергических реакций. Препараты заместительной терапии в драже применять для лечения детей грудного возраста также не разрешается. Во-первых, они адаптированы по своему составу к возможностям желудочно-кишечного тракта взрослого человека; во-вторых, деление драже на части недопустимо: это приводит к разрушению кислотоустойчивой оболочки, а следовательно, к снижению активности лекарственного средства. Именно поэтому Креон 10 000 признан наиболее эффективным средством заместительной терапии.

Наряду с ферментной терапией младенцу показаны препараты, уменьшающие газообразование в кишечнике за счет ослабления поверхностного натяжения пузырьков газа, приводящего к их разрыву, предотвращая тем самым растяжение кишечной стенки и, соответственно, развитие боли. Эффективным антифлатулентом является симетикон, назначаемый в дозах в зависимости от вида конкретного препарата. Длительность его назначения зависит от выраженности флатуленции и кишечных колик.

Третье базовое средство при ОРП и особенно при аллергических реакциях — энтеросорбент. В грудном возрасте чаще всего используют диоктаэдрический смектит, метилкремниевой кислоты гидрогель и др. Эти энтеросорбенты разрешены пациентам до годовалого возраста, характеризуются высоким уровнем текучести своих компонентов и благодаря этому обладают хорошей обволакивающей и адсорбционной способностью. Они захватывают значительное количество токсинов и кишечных газов. Поскольку энтеросорбенты обладают выраженными адсорбционными свойствами, их не следует использовать одновременно с другими препаратами. Промежуток должен составить не менее 1–2 ч. Длительность применения — не более 3–5 дней.

При выраженном метеоризме и флатуленции, спазме анального жома необходимо производить активное отведение кишечных газов через газоотводную трубку. Резиновую или полимерную трубку диаметром 2–3 мм с боковыми отверстиями обильно смазывают вазелиновым маслом и вводят через анальный канал на глубину 5–10 см на 20–30 мин.

При кожных аллергических реакциях параллельно описанным средствам должна быть назначена одна из жидких форм антигистаминных препаратов II поколения (цетиризин, лоратадин, диметинден и др.) курсом на 10–20 дней, возможно дольше. В тяжелых случаях препараты вводят парентерально, решается вопрос об использовании глюкокортикоидных гормонов. Дальнейшая тактика должна определяться характером наружных проявлений, толерантностью к пище.

Несомненно, во всех случаях врачу необходимо проанализировать и исправить алиментарные ошибки, составив новое пищевое меню. Вводить прикорм вновь целесообразно через 7–10 дней после эпизода ОРП, причем в том случае, если ребенок достиг возраста 4,5–5 лет жизни. С каждым днем количество пищи постепенно увеличивают, примерно к 5–6-му дню оно должно достигнуть объема, который ребенок употреблял до заболевания.

Введение каждого нового продукта начинают с небольшого (не более 1/4–1/2 чайной ложки на прием) количества, постепенно (за 5–7 дней) увеличивают до необходимого объема. При этом внимательно следят за переносимостью. Авторы рекомендуют давать ребенку новый продукт в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение. Овощной прикорм начинают с однокомпонентного продукта питания, затем постепенно вводят другие продукты данной группы, образуя многокомпонентное пюре. Позднее аналогично вводят фруктовых пюре и каши. Прикорм дают с ложечки до кормления грудью или детской молочной смесью. Новые продукты не вводят, если у младенца сохраняются признаки диспепсии или если у него появились симптомы другой болезни, а также в период проведения профилактических прививок. Детям с аллергическими пищевыми реакциями недопустимо использовать блюда прикорма, включающие белок коровьего молока.

Представляет большой интерес современная точка зрения на формирование вкусовых привычек [1]. Доказано, что пренатальный и ранний постнатальный вкусовой и обонятельный опыт влияют на пищевые привычки в детском и взрослом возрасте. В связи с этим беременным и кормящим матерям следует рекомендовать употреблять в пищу те продукты, которые они хотели бы предложить своему ребенку позже.

Принципиально важным является понимание факта того, что следует настойчиво предлагать ребенку сначала пробовать, а лишь затем съедать новые продукты разнообразного вкуса и состава. Мать должна предлагать новую пищу, показывать новые продукты, принимать пищу в присутствии ребенка, повторять предложение в случаях первоначального отказа. Установлено, что для принятия нового вкуса может потребоваться до 8–10 попыток введения нового блюда, а в отдельных случаях — 12–15 «встреч» [1, 4]. Для сохранения лактации в период введения продуктов и блюд прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди.

В последние годы стали появляться публикации о т.н. педагогических прикормах. Их суть заключается в том, что ребенку с первых мес жизни дают те блюда, которые мать ест сама, т.е. со «взрослого стола» [12]. Предлагаемая малышу мизерные дозы всех блюд подряд, сторонники этого учения очевидными преимуществами такого введения новых продуктов считают «неотделение» его от всей семьи во время регламентированных приемов пищи, избегание трудностей при добавлении продуктов прикорма, возможность облегченного перевода ребенка на общий стол. Матери, поддерживающие педагогические прикормы, считают, что уже начиная с 9 мес жизни ребенок может быть оставлен на весь день с дру-

гим членом семьи, привычно питаюсь с общего стола. По нашему мнению, подобная тактика сомнительна, основана на заблуждении, что малыш сможет за счет ферментов грудного молока переварить все то, что ему дают со «взрослой тарелки», даже в минимальных количествах. Базовая основа таких приемов антифизиологична: на практике наблюдали нескольких пациентов, у которых после такого педагогического прикорма развивались функциональные расстройства пищеварения и аллергические реакции. Авторы полагают, что разработка подобного пищевого поведения основана на материнском эгоизме, стремлении как можно быстрее перевести младенца на общий стол, чтобы не иметь лишних проблем с его вскармливанием. Педиатрам следует внимательно оценивать введение педагогических прикормов на первых мес жизни ребенка.

Таким образом, пищеварительные трудности при введении нового прикорма наблюдаются довольно часто, однако многие матери своевременно не обращаются к врачу по этому поводу. Необходимо стремиться к предупреждению таких трудностей путем проведения обучения родителей правилам вскармливания. Это более эффективно, чем устранение последствий алиментарных погрешностей. В особенности это касается аллергических реакций и развития тяжелых форм заболеваний.

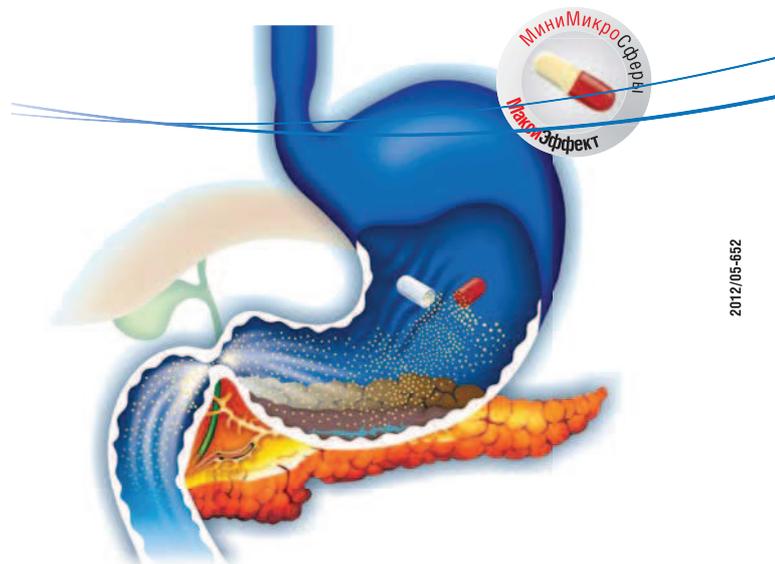
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Под ред. А.А. Баранова, А.В. Тутельяна. М. 2009. С. 20–21.
2. Коротько Г.Ф. Пищеварение и питание. Физиология плода и детей. Под ред. В.Д. Глебовского. М.: Медицина. 1988. С. 87–105.
3. Клиническая диетология детского возраста. Под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. М.: МИА. 2008. 608 с.
4. Ладодо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста. М.: Миклош. 2007. 302 с.
5. Продукты питания для детей раннего возраста. Справочник для врачей. Под ред. Р.Р. Шилыева. М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздзрва». 2008. 448 с.
6. Евдокимова Т.А., Тимошина Е.Л., Камалтынова Е.М., Бушмелева Л.П. Питание детей первого года жизни. Ростов-на-Дону: Феникс. 2006. 192 с.
7. Мухина Ю.Г., Чубарова А.И., Гераськина В.П. и др. Проект рабочего протокола по диагностике и лечению лактазной недостаточности у детей. *Вопр. детской диетологии*. 2004; 1: 101–103.
8. Денисов М.Ю., Аксенова Е.В., Устименко М.Г. и др. К вопросу о детских кишечных коликах. *Вестн. Новосиб. гос. ун-та. Серия: Биология, клиническая медицина*. 2009; 7 (2): 104–107.
9. Казначеева Л.Ф., Денисов М.Ю., Молокова А.В. и др. Современные технологии реабилитации детей с алергодерматозами. Под ред. Л.Ф. Казначеевой. *Новосибирск: Новосиб. гос. мед. акад.* 2000. 196 с.
10. Денисов М.Ю., Шкурупий В.А., Казначеева Л.Ф., Надеев А.П. Клинические и патоморфологические аспекты гастроинтестинальной гиперреактивности у детей с атопическим дерматитом. *Аллергология*. 2001; 2: 12–16.
11. Денисов М.Ю., Казначеева Л.Ф., Рычкова Н.А., Нечаева Н.И. Ранние признаки поражения желудочно-кишечного тракта при нарушениях питания у детей. *Рос. педиатр. журн.* 2001; 5: 12–15.
12. Птица Т.И. Педприкорм. Что это такое? *Сибирская мама*. 2010; 1: 6–11.



Креон®

эффективная терапия
нарушений пищеварения¹



- Креон® – ферментный препарат №1 в мире по числу назначений при ВСНПЖ²
- Креон® – более 80% активности ферментов реализуется в течение 15 минут³
- Минимикросферы – технология, защищенная патентом

1. Safdi M. et al. *Pancreas* 2006; 33: 156–162.
2. IMS Health, September 2010.
3. Lohr JM. et al. *Eur J Gastroenterol and Hepatol* 2009; 21: 1024–1031.

Креон® 40000

МНН: панкреатин.

Регистрационный номер: ЛСР-000832/08

Лекарственная форма: капсулы кишечнорастворимые. **Фармакологические свойства:** ферментный препарат, улучшающий процессы пищеварения. Панкреатические ферменты, входящие в состав препарата, облегчают переваривание белков, жиров, углеводов, что приводит к их полной абсорбции в тонкой кишке. **Показания к применению:** заместительная терапия недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы при следующих состояниях: муковисцидозе, хроническом панкреатите, панкреатэктомии, раке поджелудочной железы, протоковой обструкции вследствие новообразования (например, обструкция протоков поджелудочной железы или общего желчного протока), синдроме Шахмана-Даймонда, старческом возрасте. Для симптоматической терапии нарушений процессов пищеварения в следующих случаях: состояния после холецистэктомии, частичная резекция желудка (Бильрот II), тотальная гастрэктомия, дуодено- и гастростаз, билиарная обструкция, холестатический гепатит, цирроз печени, патология терминального отдела тонкой кишки, избыточный бактериальный рост в тонкой кишке. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к панкреатину свиного происхождения или к любому из наполнителей. **Беременность и период лактации:** ввиду отсутствия достаточных данных о безопасности применения ферментов поджелудочной железы у человека во время беременности и в периоде лактации препарат следует назначать беременным женщинам и кормящим грудью матерям только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает возможный риск для плода или ребенка. **Способ применения и дозы:** внутрь. Во время приема пищи или легкой закуски, капсулы и минимикросферы следует проглатывать целиком, не разламывая их и не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. Муковисцидоз: доза зависит от массы тела и должна составлять в начале лечения 1000 липазных единиц/кг на каждый прием пищи для детей младше четырех лет, и 500 липазных единиц/кг во время приема пищи для детей старше четырех лет. Дозировку следует определять в зависимости от выраженности симптомов, результатов контроля за стулом и поддержания хорошего состояния питания. У большинства пациентов доза не должна превышать 10000 единиц/кг массы тела в сутки. Дозировка при других состояниях, сопровождающихся экзокринной недостаточностью поджелудочной железы: дозировку следует устанавливать с учетом индивидуальных особенностей пациента, к которым относятся степень недостаточности пищеварения и содержание жира в пище. Доза, которая требуется пациенту вместе с основным приемом пищи (завтраком, обедом или ужином) варьирует от 20000 до 75000 ЕД Еер. Ф. липазы, а во время приема легкой пищи – приблизительно от 5000 до 25000 ЕД Еер. Ф. липазы. **Побочные эффекты:** общая частота возникновения неблагоприятных реакций, связанных с применением панкреатина, была схожей с таковой при применении плацебо. Со стороны желудочно-кишечного тракта: боль в животе (часто). **Полную информацию о побочных эффектах см. в инструкции по применению.** **Передозировка:** симптомы при приеме чрезвычайно высоких доз: гиперурикозурия и гиперурикемия. Лечение: отмена препарата, симптоматическая терапия. **Предостережения:** не следует применять препарат внутрь на ранних стадиях острого панкреатита. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и иные формы взаимодействия:** сообщений о взаимодействии с другими лекарственными средствами или иными формами взаимодействия не имеется. **Особые указания:** у пациентов с муковисцидозом, получавших высокие дозы препарата панкреатина, описаны стриктуры подвздошной, слепой и толстой кишки (фиброзирующая колонопатия). В качестве меры предосторожности, при появлении необычных симптомов или изменений в брюшной полости необходимо медицинское обследование для исключения фиброзирующей колонопатии, особенно у пациентов, которые принимают препарат в дозе более 10000 липазных единиц/кг в сутки. **Полную информацию об особых указаниях см. в инструкции по применению.** **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Информация для медицинских работников, не для пациентов.**

ИМП от 28.12.2011

www.abbot-russia.ru
www.gastrosite.ru, www.mucoviscidos.ru

ООО «Эбботт Лабораториз»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 1, 6 этаж
Тел. +7 (495) 258 42 80; факс: +7 (495) 258 42 81

Abbott
A Promise for Life