
ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

УДК 616.3-008.1-053.37

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА****А. А. Козловский****Гомельский государственный медицинский университет**

В статье представлена обобщенная информация по функциональным нарушениям пищеварения у детей раннего возраста. Отражены эпидемиология, причины развития, клинические проявления и диагностические критерии младенческой регургитации, младенческих колик и функционального запора. Особое внимание уделено медикаментозной и диетической коррекции указанной патологии у детей первого года жизни. Использование на практике предложенных рекомендаций по вскармливанию детей первого года жизни с функциональными нарушениями пищеварения позволит быстро купировать клинические проявления заболевания, не прибегая к медикаментозному лечению.

Ключевые слова: дети, функциональные нарушения пищеварения, диагностические критерии, медикаментозная коррекция, молочные смеси.

FUNCTIONAL DIGESTIVE DISORDERS IN INFANTS**A. A. Kozlovsky****Gomel State Medical University**

The article presents generalized information about functional digestive disorders in infants. It reflects epidemiology, causes, clinical manifestations and diagnostic criteria for regurgitation, colics and functional constipation in infants. Special attention is given to medicamental and diet correction of the mentioned pathology in children during their first year of life. The practical application of the proposed recommendations for breeding of children with functional digestive disorders during their first year of life will make it possible to arrest clinical manifestations of the illness not resorting to medicamental treatment.

Key words: children, functional digestive disorders, diagnostic criteria, medicamental correction, milk formulae.

Известно, что нарушения, возникающие в любой системе организма ребенка, подразделяют на органические и функциональные. Органическая патология связана с повреждением структуры органа, степень выраженности которой может колебаться в самых широких пределах: от грубых врожденных пороков развития до минимальной ферментопатии. Если органическая патология исключается, то можно говорить о функциональных нарушениях.

Функциональные нарушения органов пищеварения — это нарушения функций какого-либо органа желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), причины которых лежат вне пораженного органа и связаны с изменением его регуляции. По мнению D. A. Grossman, «это разнообразная комбинация гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений» [1].

Функциональные нарушения органов пищеварения — одна из самых распространенных проблем, особенно среди детей первых месяцев жизни. По данным различных авторов, эти нарушения сопровождают 55–75 % детей

грудного возраста. Абдоминальные рецидивирующие боли у детей в 90 % случаев носят функциональный характер. Распространенность диспептических жалоб колеблется в широких пределах и составляет от 10 до 54 %, при этом органическая патология выявляется только в 1/3 случаев [2, 3].

Высокая распространенность и широкий диапазон проявлений функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста связаны с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. У детей до 3–4-месячного возраста отмечается недостаточная секреция слюны. Пищевод имеет воронкообразную форму (до 3 лет), отсутствуют физиологические сужения, полный охват пищевода ножками диафрагмы; мышечный слой его развит слабо. Желудок характеризуется небольшим объемом, шарообразной формой, замедленным опорожением преимущественно за счет гипохлоргидрии. Особое значение в формировании функциональных нарушений пищеварения придается слаборазвитому кардиальному сфинктеру желудка и относительно высокому тону при-

вратника. У детей раннего возраста снижена желчеобразующая функция желчного пузыря, имеющего грушевидную, веретенообразную или S-образную формы. Экскреторная функция поджелудочной железы у детей грудного возраста развита недостаточно. Слизистая оболочка кишечника характеризуется ферментативной незрелостью (особенно у недоношенных детей) и обладает большой проницаемостью. Длительное становление кишечной микробиоты обусловлено широким спектром ante-, intra- и постнатальных причин. Слабая миелинизация нервных волокон и сплетений кишечника, несовершенство иннервации ЖКТ за счет дифференцировки симпатической и парасимпатической систем также способствуют возникновению функциональных нарушений.

Таким образом, высокая распространенность функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста обусловлена многообразием этиологически значимых причин, основными из которых являются анатомо-физиологические особенности, что предполагает прибегать преимущественно к немедикаментозной (диетической) коррекции нарушений.

Младенческая регургитация (функциональное срыгивание) — это пассивный непроизвольный возврат содержимого пищевода или желудка в ротовую полость вскоре после проглатывания пищи.

Распространенность. Согласно данным популяционных исследований, до 3-месячного возраста срыгивания наблюдаются примерно у 50 % детей, в полгода — у 20 %, в год — у 5 % детей. Преимущественно срыгивания отмечаются в первые 4–5 месяцев жизни, значительно реже наблюдаются в возрасте 6–7 месяцев, после введения более густой пищи — продуктов прикорма, практически исчезая к концу первого года жизни, когда ребенок значительную часть времени проводит в вертикальном положении [3, 4].

Предрасполагающие факторы. Предрасполагающими к срыгиванию факторами, по-

мимо анатомо-физиологических особенностей пищеварительной системы у детей, являются возрастные морфологические и функциональные особенности центральной и вегетативной нервной систем. К функциональным срыгиваниям может приводить перекорм ребенка из-за беспорядочного кормления, избыточного объема питания, насильственного кормления. Заглатывание воздуха во время кормления при слишком активном сосании или неправильном прикладывании ребенка к груди матери, неправильном кормлении из бутылочки приводит к развитию аэрофагии и, как следствие, срыгиванию. Повышенное газообразование в кишечнике, связанное с ферментативной недостаточностью, дисбактериозом кишечника и др., приводит к повышению давления в брюшной полости, которое также может вызвать срыгивание у детей. Младенческую регургитацию может провоцировать неправильный подбор молочной смеси, тугое пеленание малыша и др.

Клиника. При постановке диагноза «Функциональное срыгивание» необходимо руководствоваться основными и дополнительными критериями. К основным критериям относятся: регургитация 2 раза в день и более на протяжении 3 недель и более, отсутствие тошноты, отрыжки, рвоты с примесью крови, респираторных нарушений (аспирация, апноэ), потери массы тела или задержки физического развития, затруднения глотания.

Дополнительные критерии включают: отсутствие диспептических симптомов во сне, возникновение регургитации не позже чем через 1 час после кормления, небольшой объем отрыгиваемого содержимого, снижение интенсивности срыгиваний после введения прикормов.

В настоящее время степень выраженности синдрома срыгивания, согласно рекомендациям группы экспертов ESPGHAN, предложено оценивать по пятибалльной шкале, отражающей совокупную характеристику частоты и объема регургитаций (таблица 1).

Таблица 1 — Шкала оценки интенсивности срыгиваний (Y. Vandenplas et al., 1993)

Баллы	Характеристика срыгиваний
0	Отсутствие срыгиваний
1	Менее 5 срыгиваний в сутки объемом не более 3 мл
2	Более 5 срыгиваний в сутки объемом более 3 мл
3	Более 5 срыгиваний в сутки объемом до ½ количества смеси, введенной за одно кормление, не чаще, чем в половине кормлений
4	Срыгивания небольшого объема в течение 30 минут и более после каждого кормления
5	Срыгивания от ½ до полного объема смеси, введенной во время кормления, менее чем в половине кормлений

У большинства детей срыгивания можно рассматривать как определенный вариант нормальной реакции организма, поскольку они не

приводят к выраженным изменениям в состоянии здоровья детей (не более 2 баллов по шкале оценки интенсивности срыгиваний).

Три и более баллов по указанной шкале чаще всего свидетельствуют о патологическом состоянии, требующем углубленного обследования ребенка. Кроме того, тревогу у родителей и медицинских работников должны вызывать следующие клинические проявления:

- упорная симптоматика на протяжении 12 месяцев;
- нарастание срыгивания после 4 месяцев жизни;
- значительный объем отрыгиваемого содержимого;
- возникновение регургитации через 1 час и более после кормления;
- плоская весовая кривая или потеря массы тела;
- отказ от еды или снижение пищевых реакций;
- респираторные нарушения;
- появление патологических примесей в отрыгиваемом содержимом;
- диарея или отсутствие самостоятельной дефекации;
- примесь крови в стуле или мелена;
- вынужденное положение во время кормления;
- кожные проявления аллергии или отягощенный аллергоанамнез.

Лечение. Коррекция функциональных срыгиваний у детей предусматривает 2 этапа.

Первый (немедикаментозный) этап направлен на разъяснительную работу с родителями. Младенческие срыгивания оказывают отрицательное психологическое воздействие на родителей. Положительный психологический контакт врача с родителями может снять необходимость в каких-либо дальнейших мероприятиях. Необходимо устранить выявленные дефекты вскармливания ребенка, в том числе исключить из рациона матери облигат-

ные аллергены. Рекомендуется увеличение частоты кормлений с уменьшением разового объема питания. Особое значение в коррекции срыгиваний отводится так называемой поструральной терапии. Кормление ребенка должно происходить в положении матери сидя, при положении тела ребенка под углом 45–60°, что способствует более быстрому прохождению пищи в желудок. Удерживание ребенка вертикально после кормления должно быть достаточно продолжительным, не менее 20–30 минут. Постуральное лечение должно осуществляться не только на протяжении всего дня, но и ночью, когда нарушается очищение нижнего отдела пищевода от содержимого. Важная роль в лечении срыгиваний принадлежит диетотерапии, которая зависит от вида вскармливания ребенка. Упорные срыгивания не являются показанием для перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание.

При смешанном или искусственном вскармливании обращается внимание на режим кормления ребенка, адекватность выбора молочных смесей, их объем с учетом возраста и массы тела ребенка. Примером адекватной антирефлюксной смеси может быть NAN «Антирефлюкс», обладающий двойной защитой против срыгивания. Частично гидролизированный сывороточный белок OPTIPRONA увеличивает скорость эвакуации желудочного содержимого, а картофельный крахмал, используемый в качестве загустителя, увеличивает вязкость желудочного содержимого. В некоторых смесях в качестве загустителя используется камедь рожкового дерева (например, «Нутрилон Антирефлюкс», «Беллакт» AP), которая имеет ряд побочных эффектов (таблица 2) [6].

Таблица 2 — Сравнительная характеристика крахмала и камеди рожкового дерева в составе молочных смесей

Характеристики	Крахмал	Камедь рожкового дерева
Одобрено ведущими Европейскими организациями по питанию (ESPGHAN и EU SCF)	+	–
Ферменты, необходимые для переваривания, активны с рождения	+	–
Ферментируется кишечной микрофлорой, что приводит к болям в животе, коликам и диарее	–	+
Отрицательно влияет на всасывание жиров, кальция, железа, цинка, меди	–	+
Влияет на увеличение массы тела	–	+
Может вызывать аллергию	–	+
Возможность использования более 3 недель	+	–

Дополнительно в молочную смесь добавлены живые пробиотические культуры (*L. reuteri* 10⁶ КОЕ/г), способствующие укреплению иммунитета и поддержанию здоровой микрофлоры кишечника.

Преимуществом антирефлюксной смеси NAN «Антирефлюкс» является возможность ее назначения в полном или частичном (при есте-

ственном или смешанном вскармливании) объеме (до грудного кормления). Доля антирефлюксной смеси, содержащей камедь рожкового дерева, как правило, составляет 1/3–1/2 от общего объема питания.

Продолжительность применения антирефлюксных смесей должна определяться индиви-

дуально и может быть достаточно длительной — 2–3 месяца. Перевод на адаптированную молочную смесь осуществляется после достижения стойкого терапевтического эффекта.

В случае упорных срыгиваний, в том числе и при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни рекомендуется **второй (медикаментозный) этап** терапии, включающий назначение седативных, спазмолитических и антисекреторных препаратов, прокинетиков в возрастных дозах на протяжении 2–3 недель.

Младенческие колики — внезапное (без видимых причин) беспокойство, плач или крик у детей до 4 месяцев в течение 3 часов и более в сутки не менее 3 дней в неделю на протяжении не менее 1 недели.

Распространенность. Распространенность младенческих кишечных коликов составляет от 5 до 19 % среди доношенных детей и около 70 % — среди недоношенных младенцев [7, 8]. Согласно результатам различных исследований, частота обращений к врачу-педиатру, связанных с детскими коликами, составляет от 20 до 70 %. По данным А. Lucas с соавт., у детей, находящихся на искусственном вскармливании, частота кишечных коликов уменьшается к 6 неделям жизни, тогда как при грудном вскармливании, наоборот, растет практически вдвое (с 16 до 31 %) [9].

Предрасполагающие факторы. Предрасполагающими факторами к развитию коликов у детей раннего возраста могут быть проблемы как со стороны матери, так и со стороны самого ребенка. Определенная роль также отводится внешним факторам.

К предрасполагающим факторам со стороны матери относят: неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез, гестоз, гиподинамия во время беременности; нарушение питания кормящей матери (употребление жирной пищи, пищи, усиливающей метеоризм, избыточного количества молока и молочных продуктов); вредные привычки кормящей женщины (курение, употребление алкоголя, наркотиков); эмоциональные стрессы в семье.

Предрасполагающими факторами со стороны ребенка следует считать: физиологическую незрелость и недоношенность ребенка; токсико-гипоксическое поражение ЦНС; врожденные дисфункции вегетативной нервной системы; функциональную незрелость пищеварительного тракта (незрелость нервной регуляции деятельности кишечника, дисбаланс кишечной микрофлоры, незрелость слизистого барьера кишечника, затруднения моторики, транзиторная лактазная недостаточность и др.).

В качестве внешних предрасполагающих факторов обычно выступают различные нарушения вскармливания: неправильная техника вскармливания (заглатывание воздуха во время

кормления); насильственное кормление; неправильное приготовление молочных смесей (чрезмерное или недостаточное разведение) и др.

Клиника. Дебют кишечных коликов чаще всего регистрируется в возрасте 3–4 недель. О наличии младенческих кишечных коликов следует думать, если у здорового ребенка отмечаются приступы чрезмерного плача, раздраженности, возбуждения без видимых причин. Ребенок начинает сучить ножками, стопы у него часто холодные, руки прижаты к туловищу. Приступ, как правило, начинается неожиданно, в одно и то же время (с 18 до 22 часов), на фоне полного благополучия, чаще во время или сразу после кормления. Продолжительность приступа коликов может составлять от 10 минут до 3 часов. Несмотря на это, общее состояние и физическое развитие ребенка обычно не страдают. После дефекации или отхождения газов отмечается облегчение состояния ребенка. Кишечные колики чаще отмечаются у мальчиков и у первенцев. Возможно сочетание кишечных коликов с гастроэзофагеальным рефлюксом, диспепсией, запорами.

При выраженном беспокойстве детей раннего возраста и наличии патологических симптомов тревоги (лихорадка, наличие плоской весовой кривой, рвота с примесью крови, кровь в кале, изменения со стороны общего анализа крови в виде анемии, лейкоцитоза, ускорения СОЭ, болезненность при пальпации живота или пассивное напряжение брюшной стенки, отказ от еды, отсутствие самостоятельного стула) врач-педиатр должен назначить дополнительный спектр лабораторных и инструментальных исследований с целью исключения других заболеваний пищеварительного тракта или острой хирургической патологии.

Кишечные колики могут появляться в любой период жизни грудного ребенка. Если колика возникает в возрасте 3–4 недель, скорее всего, она является проявлением функциональных нарушений ЖКТ.

Диагностика. К диагностическим критериям младенческих коликов относят:

- пароксизмальное двигательное возбуждение, беспокойство, крик, появляющиеся и прекращающиеся внезапно, без какой-либо очевидной причины, чаще в вечернее время, чередующиеся со светлыми промежутками;

- продолжительность 3 часа в день и более, по крайней мере, 3 дня в неделю в течение одной недели;

- симптоматика ослабевает к 6 неделям жизни, практически исчезает — к 4 месяцам;

- отсутствует потеря массы тела, весовые прибавки соответствуют возрасту;

- отсутствуют другие патологические симптомы.

Лечение. Лечение пациентов с младенческими коликами начинается с проведения раз-

яснительной и психотерапевтической работы с родителями. Необходимо ликвидировать (при их наличии) выявленные дефекты вскармливания младенца. При естественном вскармливании ребенка рекомендуется исключить из рациона матери продукты — источники облигатных аллергенов и продукты, способствующие повышенному газообразованию. Целесообразно назначить дробное питание (каждые 2–3 часа). Высокоэффективным компонентом лечения является выкладывание ребенка на живот и массаж живота.

Особая роль в ликвидации младенческих колик отводится выполнению рекомендаций по вскармливанию детей, находящихся на искусственном и смешанном вскармливании. Диетотерапия при этом должна способствовать улучшению перистальтики кишечника и росту нормальной микрофлоры, при необходимости — уменьшить нагрузку лактозой. Для профилактики и купирования младенческих колик у детей компания «Нестле» разработала молочную смесь NAN «Комфорт», обеспечивающую тройную защиту. Уникальные живые бактерии *L_Rcomfortis* (*Lactobacillus reuteri*) обладают доказанным эффектом устранения колик [11]. Они нормализуют микрофлору кишечника, увеличивая популяцию лактобацилл, подавляют патогенные микроорганизмы, усиливают барьерные функции кишечной стенки и тем самым улучшают моторику кишечника. *L_Rcomfortis* (*Lactobacillus reuteri*) выделены из грудного молока и являются естественными представителями микрофлоры кишечника здорового ребенка. Сниженное содержание лактозы в NAN «Комфорт» (2,69 г/100 мл) способствует уменьшению частоты болей в животе, так как у части новорожденных детей имеется транзиторный дефицит лактазы, способствующий развитию повышенного газообразования. В связи с тем, что одной из причин развития младенческих колик может быть повышенная чувствительность к белкам коровьего молока, в состав смеси NAN «Комфорт» включен умеренно гидролизированный сывороточный белок OPTIPRO^{HA}. Смесь назначается в полном объеме до ликвидации функционального расстройства пищеварения. В последующем можно назначать смеси для здоровых детей.

При неэффективности вышеперечисленных мероприятий назначается медикаментозная терапия (энтеросорбенты, спазмолитические препараты) коротким курсом до 5–7 дней.

Функциональный запор — это нарушение дефекации, которое проявляется в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой и (или) в систематическом недостаточном опорожнении кишечника.

В настоящее время не установлено физиологической нормы частоты стула у здоровых

детей. Частота стула у детей, находящихся на грудном вскармливании, составляет от 1 до 7 раз в сутки, а для детей на искусственном вскармливании стул должен быть не менее 1 раза в сутки. В период введения прикорма (4–6 месяцев) стул должен быть не менее 2 раз в сутки [12].

Распространенность. Запоры выявляются у 20–35 % детей первого года жизни, причем функциональный характер его отмечается у 10 % новорожденных и 90 % детей первого года жизни. По данным А. Leung и соавт., по поводу запоров к врачу-педиатру обращаются 5–10 % родителей [13], в то же время G. Iacono и соавт. считают, что к гастроэнтерологу обращаются 17,6 % родителей детей, страдающих данным нарушением [14, 15]. Дебют функциональных запоров у 40 % детей возникает на первом году жизни.

Предрасполагающие факторы. Частыми причинами запоров у детей первого года жизни являются недоношенность и сопутствующая ей функциональная незрелость, перинатальное поражение головного мозга, отягощенная наследственность по заболеваниям ЖКТ.

Факторами риска развития функциональных запоров у детей раннего возраста являются: нерациональное питание кормящей матери и ребенка, быстрый переход на искусственное вскармливание, быстрый переход с одной молочной смеси на другую, недостаточный питьевой режим, вскармливание детей молочной смесью с высоким содержанием железа, непереносимость белка коровьего молока.

Частой причиной запоров у детей первого года жизни могут быть дисбактериоз кишечника, рахит, сидеропения и др.

Диагностические критерии. В 2006 г. в рамках III Римских критериев были разработаны диагностические признаки функциональных запоров, согласно которым диагноз выставляется при наличии 2 и более нижеуказанных симптомов, регистрируемых в течение одного месяца:

- две дефекации в неделю или менее;
- один или более эпизодов в неделю недержания кала или каломазания у ребенка, приобретшего навыка туалета;
- чрезмерная задержка стула в анамнезе;
- дефекации, сопровождающиеся болью и натуживанием в анамнезе;
- наличие большого количества каловых масс по проекции толстой кишки после дефекации;
- большой диаметр каловых масс в анамнезе;
- изменение характера и консистенции кала (плотный, комочками или значительного диаметра);
- симптомы отмечаются не реже 1 раза в неделю в течение 2 месяцев до установления диагноза при условии наблюдения за больным не менее 6 месяцев.

Отсутствие четко очерченной границы между функциональными нарушениями и па-

тологическими состояниями, а также наличие отдаленных последствий (хронические воспалительные гастроэнтерологические заболевания, хронические запоры, аллергические заболевания, расстройства сна, нарушения в психоэмоциональной сфере и пр.) диктуют необходимость внимательного подхода к диагностике и терапии данных состояний.

Педиатру следует помнить и о симптомах тревоги, появление которых в сочетании с запорами указывает на возможное формирование органической патологии толстой кишки: немотивированная потеря массы тела, подъемы температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, гепатомегалия, спленомегалия, появление крови в кале, изменения в клиническом анализе крови (анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ), изменения в биохимическом анализе крови.

Лечение. Лечение функционального запора у детей раннего возраста осуществляется по определенному алгоритму:

- обучение ребенка и родителей;
- проведение коррекции питания и питьевого режима;
- устранение с помощью медикаментозных средств имеющегося копростаз;
- при необходимости — длительное (в течение нескольких лет) непрерывное медикаментозное лечение запора и подбор поддерживающей терапии.

При лечении запоров важное место занимает разъяснительная беседа с родителями, которым необходимо объяснить, что чаще всего у детей младшего возраста запоры связаны с невозможностью скоординировать мышцы брюшного пресса и тазового дна или с «боязнью горшка». Не менее важно соблюдение режима дефекации: необходимо высаживать ребенка (детей старше года) на горшок строго в одно и то же время на 5–10 минут, но не более 30 (даже если у него нет позыва на дефекацию). Наиболее физиологичной является дефекация в утренние часы после завтрака.

Важную роль в лечении запоров играет активный образ жизни ребенка. В ежедневную зарядку необходимо включать комплекс упражнений, направленных на нормализацию работы толстого кишечника. Всем детям рекомендуется также проведение массажа передней брюшной стенки по часовой стрелке.

Лечение запора у ребенка грудного возраста обычно включает дополнительное выпаивание водой, коррекцию питания (после оценки достаточности питания методом контрольного вскармливания). После введения густого прикорма ребенку необходима дополнительно кипяченая вода в объеме до 100 мл/сут.

Следующий этап предполагает коррекцию пищевого рациона. При естественном вскарм-

ливании обязательным условием является сохранение грудного вскармливания. При этом в рацион матери следует более широко включать продукты, обладающие послабляющим действием за счет высокого содержания пищевых волокон (овощи, фрукты, хлеб грубого помола, крупы); исключать из рациона продукты, снижающие моторную функцию толстого кишечника (крепкий чай, какао, слизистые супы, кисели). При наличии у ребенка гастроинтестинальной формы пищевой аллергии из рациона матери следует исключать продукты с высоким аллергизирующим потенциалом, особенно цельное коровье молоко.

Если ребенок находится на смешанном или искусственном вскармливании, то необходимо подобрать оптимальную адаптированную смесь, которая будет максимально приближена по составу к грудному молоку. Для профилактики и лечения запоров предпочтение следует отдавать смесям, содержащим пищевые волокна («Беллакт» АР, «Нутрилон» «Антирефлюкс», «Фрисовом»), пребиотики (лактuloзу) (Сэмпер Бифидус) или адаптированные кисломолочные смеси (NAN кисломолочный). Данные смеси способствуют образованию рыхлого хмуса, повышают вязкость и объем каловых масс, улучшают перистальтику и рост нормальной микрофлоры кишечника.

Уникальной по своему составу является молочная смесь NAN «Комфорт», широко используемая для профилактики и лечения функциональных запоров у детей первого года жизни. Умеренно гидролизированный сывороточный белок *OPTIPRO^{HA}* не только улучшает пищеварение, но и снижает вероятность развития интестинальной формы пищевой аллергии, клиническими проявлениями которой могут быть и функциональные запоры. Живые бактерии *L_Rcomfortis (Lactobacillus reuteri)*, являющиеся естественными представителями микрофлоры кишечника здорового ребенка, доказанно улучшают моторику кишечника младенца и предотвращают развитие запоров.

Следует отметить, что детям первого года жизни, страдающим запорами, введение прикорма лучше начинать с овощных пюре.

При неэффективности немедикаментозных методов терапии возможно назначение медикаментозных средств, в числе которых препараты пищевых волокон, разные группы слабительных, некоторые пробиотики, регуляторы моторики толстой кишки и ряд дополнительных средств. Медикаментозная терапия должна рассматриваться как вспомогательная, а не основной компонент терапевтических мероприятий при функциональных запорах у детей. Наиболее широкое распространение у детей раннего возраста получили лактулоза, относя-

шаяся к классу олигосахаридов, и форлаксы, содержащий полиэтиленгликоль [16, 17].

При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий необходимо исключать хронические запоры.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Drossman, D. A. The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology, and treatment. A Multinational Consensus. Little, brown and Company / D. A. Drossman. — Boston-NewYork-Toronto-London, 1994. — P. 370.
2. Богданова, Н. М. Нарушения пищеварения у детей раннего возраста: возможности коррекции продуктами функционального питания / Н. М. Богданова // Лечащий врач. — 2013. — № 6. — С. 38–42.
3. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста: роль диетотерапии / В. А. Скворцова [и др.] // Лечащий врач. — 2011. — № 6. — С. 66–69.
4. Мельник, В. М. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС, проблемы коррекции / В. М. Мельник, Т. А. Бабанова // Вопросы детской диетологии. — 2006. — Т. 46, № 1. — С. 13–15.
5. Сорвачева, Т. Н. Функциональные нарушения ЖКТ у грудных детей: методы коррекции / Т. Н. Сорвачева, В. В. Пашкевич // Лечащий врач. — 2006. — № 4. — С. 40–46.
6. Срыгивание у детей: тенденции ведения и современные смеси / О. К. Нетребенко [и др.] // Вопросы практической педиатрии. — 2012. — Т. 7, № 1. — С. 71–74.
7. Кешишян, Е. С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / Е. С. Кешишян, Е. К. Бердникова // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 19. — С. 1397–2000.
8. Weydert, J. A. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain / J. A. Weydert, T. M. Ball, M. F. Davis // Pediatrics. — 2003. — Vol. 111(1). — P. 1–11.
9. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months / A. Lucas [et al.] // Lancet. — 1990. — Vol. 335. — P. 1477–1481.
10. Самсыгина, Г. А. Кишечная колика у детей / Г. А. Самсыгина. — М., 2000. — 27 с.
11. The effect of probiotics on feeding tolerance, bowel habits, and gastrointestinal motility in preterm newborns / F. Indrio [et al.] // J. Pediatr. — 2008. — № 152. — P. 801–806.
12. Аминова, А. И. Запоры у детей раннего возраста: пути решения проблемы с позиций доказательной медицины / А. И. Аминова, С. И. Эрдес // Фарматека. — 2013. — № 14. — С. 28–33.
13. Leung, A. Constipation in children / A. Leung, P. Chan, H. Cho // Am Fam. Phys. — 1996. — № 54. — P. 611–618.
14. Gastrointestinal symptoms in infancy: a prospective population-based study / G. Iacono [et al.] // Dig. Liver Dis. — 2005. — № 6. — P. 432–438.
15. Детская гастроэнтерология / Под ред. Н. П. Шабалова. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 736 с.
16. Урсова, Н. И. Функциональные запоры у детей раннего возраста и проблемы их радикального лечения / Н. И. Урсова // Лечащий врач. — 2010. — № 6. — С. 16–20.
17. Хмелевская, И. Г. Питание здорового и больного ребенка / И. Г. Хмелевская, М. М. Гурова. — Курск: КГМУ, 2013. — 132 с.

Поступила 15.07.2014

УДК 616–055.1

КЛЮЧЕВЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ (сообщение I)

К. М. Семутенко, И. А. Чешик, Т. М. Шаршакова

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: установить ключевые детерминанты, определяющие состояние здоровья мужского населения.

Материалы. Публикации, содержащие информацию о ключевых факторах, влияющих на здоровье мужчин.

Методы. Проводился анализ, обработка и классификация полученных данных.

Результаты и обсуждение. В статье определены и систематизированы факторы, которые могут оказывать влияние на здоровье мужского населения, определена степень модифицируемости данных факторов и возможности дальнейшего практического применения полученной информации.

Заключение. Большинство факторов, определенных в статье, являются модифицируемыми. Их коррекция путем обучения, изменения законодательства или другими научно-обоснованными методами может улучшить состояния здоровья мужского населения.

Ключевые слова: мужское здоровье, детерминанты мужского здоровья, продвижение здоровья.

THE KEY DETERMINANTS OF MEN'S HEALTH (message I)

K. M. Semutenko, I. A. Cheszyk, T. M. Sharshakova

Gomel State Medical University

Objective: to determine the key determinants of health status of the male population.

Material. Publications containing information about the key factors influencing the men's health.

Methods. Analysis, processing and classification of the data.

Results and discussion. The article determines and systematizes factors that may affect the health of the male population, assesses the degree of modifiability of these factors and the possibility of further practical application of the received information.

Conclusion. Most of the factors detected in the article are modifiable. Their correction with the help of training, changes in laws or other evidence-based methods can improve the health of the male population.

Key words: men's health, determinants of men's health, health promotion.