

Особенности питания детей, страдающих хроническими запорами

М.И. Дубровская, Ю.Г. Мухина, П.В. Паршина, М.И. Пыков, Р.И. Джаватханова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова; Российская медицинская академия последилового образования, Москва

The features of nutrition in children with chronic constipation

M.I. Dubrovskaya, Yu.G. Mukhina, P.V. Parshina, M.I. Pykov, R.I. Dzhatkhanova

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

Представлены результаты изучения питания детей, страдающих хроническими запорами. Обследованы 82 ребенка в возрасте 6—15 лет с запорами длительностью более года; на момент обращения частота дефекации 1 раз в 2—3 дня отмечалась у 56 (68%) детей, 1—2 раза в неделю — у 24 (29%), самостоятельный стул отсутствовал у 2 (2%). Группу сравнения составили 36 детей без запоров. Анализ анамнестических данных не выявил различий в питании детей обеих групп в раннем возрасте. Заболевания пищеварительного тракта и запоры (как отдельное заболевание) встречались в семьях детей основной группы статистически значимо чаще, чем в группе сравнения. В рационе детей основной группы статистически значимо преобладала углеводистая пища с дефицитом пищевых волокон и кисломолочных продуктов: потребление кисломолочных продуктов было в 3 раза меньше, а фруктов почти в 2 раза меньше, чем у детей из группы сравнения. Анализ результатов проведенного исследования показал, что запор развивается в раннем возрасте, у 38% детей — в первом полугодии жизни с переходом на искусственное вскармливание. Начало посещения детского сада привело к развитию запора у 27% детей, у каждого пятого ребенка эта проблема сформировалась в ответ на стрессовую ситуацию. Диетотерапию следует рассматривать как ключевой метод терапии запоров у детей.

Ключевые слова: дети, запор, диетотерапия, пищевые волокна.

The paper gives the results of an investigation of nutrition in children with chronic constipation. 82 children aged 6 to 15 years with a more than one-year history of constipation were examined; at the moment of seeing a doctor, 56 (68%) of defecated once every 2-3 days and 24 (29%) children had 1-2 stools per week; no spontaneous stool was present in 2 (2%). A comparison group consisted of 36 children without constipation. Analysis of their history data revealed no differences in the diet of both groups in infancy. Digestive tract diseases and constipation (as an independent illness) were statistically significantly more common in the families of children in the study group than in the comparison group. The diet of the study group children showed a statistically significant preponderance of carbohydrate-containing foods with deficiency of dietary fibers and cultured milk foods: they used the latter 3 times less and that of fruits almost twice less than did the comparison group children. Analysis of the results of the performed investigation showed that constipation developed in infancy, in 38% of the infants in the first half of life when starting bottle feeding. Going to a kindergarden gave rise to constipation in 27% of the infants; in every five children this problem developed in response to a stressful situation. Dietotherapy should be considered as a key therapy option for constipation in children.

Key words: children, constipation, dietotherapy, dietary fibers.

В последние десятилетия болезни органов пищеварения занимают одно из первых мест в структуре общей заболеваемости у детей и подростков. По данным Всероссийской диспансеризации, с 1992 г. по 2002 г. заболеваемость болезнями органов пищева-

варения среди детей в возрасте до 14 лет увеличилась в 1,4 раза, среди детей от 15 до 18 лет — в 1,3 раза [1]. В 2010 г. в структуре заболеваемости детей в возрасте до 14 лет заболевания органов пищеварения занимали второе ранговое место, среди детей первого года жизни — третье ранговое место (5,2%). В структуре общей первичной заболеваемости детского населения болезни органов пищеварения составили 2,6%, среди подростков — 2,8% [2].

За последние пять лет в Москве наблюдалась стабилизация первичной заболеваемости детей и взрослых болезнями органов пищеварения, первичная заболеваемость подростков увеличилась по отношению к 2006 г. на 9,3% [3]. Анализ заболеваемости болезнями органов пищеварения в различных регионах России показывает их наибольшую частоту встречаемости в зонах высокой антропогенной загрязненности,

© Коллектив авторов, 2012

Ros Vestn Perinatol Pediat 2012; 5:104–110

Адрес для корреспонденции: Дубровская Мария Игоревна — д.м.н., проф. каф. госпитальной педиатрии №1 педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Мухина Юлия Григорьевна — д.м.н., проф. той же каф.

Паршина Полина Валерьевна — ст. лаб. той же каф.

103001 Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15

Пыков Михаил Иванович — д.м.н., проф., зав. каф. лучевой диагностики детского возраста Российской медицинской академии последилового образования

Джаватханова Рисалат Исаевна — асп. той же каф.

123836 Москва, ул. Баррикадная, д.2/1

а также в регионах Крайнего Севера [2]. Основным фактором риска заболеваемости детей и подростков болезнями органов пищеварения является неполноценное и несбалансированное питание, особенно в детских дошкольных учреждениях и школах, что приводит к нарушению моторики пищеварительного тракта и развитию запора. В детской популяции запор является типичной патологией, его частота колеблется от 0,3 до 8%, встречается у 3–5% детей, обратившихся к педиатру общей практики, и у 25% детей, обратившихся к детскому гастроэнтерологу [4].

Запоры у детей носят функциональный характер более чем в 95% случаев [5]. Установленным фактом является отсутствие нарушения транзита кишечного содержимого у больных с запором и аномалиями развития толстой кишки. Причиной хронических запоров служит нарушение акта дефекации за счет асинергии структур тазового дна [6, 7].

Согласно рекомендациям NASPGHAN (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition), лечение запоров должно представлять собой четырехступенчатый подход, включающий обучение, освобождение прямой кишки от каловых масс, профилактику повторного скопления каловых масс в прямой кишке и поведенческую терапию (психотерапию) [4]. Помимо обучения, необходимо давать четкие советы по питанию, учитывая достаточный питьевой режим и потребление пищевых волокон. Детям старше 2 лет рекомендовано употреблять пищевые волокна в количестве, равном сумме: возраст ребенка (в годах) + 5 г/сут. Клиническое исследование методом случай — контроль (уровень доказательности В) выявило связь между запорами и низким потреблением пищевых волокон — отношение шансов 4,1 (95% доверительный интервал 1,64 — 10,32) [8]. Необходимо увеличивать количество употребляемых свежих фруктов и овощей, грубой клетчатки, кисломолочных продуктов. Желательно применять медикаментозное лечение только при отсутствии эффекта от диетотерапии.

Задачей настоящего исследования было выявление особенностей питания детей, страдающих хроническими запорами, с целью проведения активной диетической коррекции и использования диетотерапии как основного метода лечения, согласно рекомендациям NASPGHAN [4].

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью совершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при хронических запорах у детей нами были обследованы 82 ребенка с запорами. Возраст обследованных — от 6 до 15 лет. Все дети страдали запорами больше года. Критериями исключения было наличие болезни

Гиршпрунга, пороков развития аноректальной зоны, интестинальной нейрональной дисплазии, гипотиреоза, сахарного диабета, гиперкальциемии, гипокалиемии. Группу сравнения составили 36 детей аналогичного возраста без запоров.

Методы исследования включали: сбор анамнеза (семейный, акушерский, генеалогический, анамнез заболеваемости); оценка физического развития, клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки; лабораторные методы исследования (клинический и биохимический анализ крови, определение уровня гормонов щитовидной железы в крови, биохимический анализ мочи, копрограмма). Инструментальные методы исследования включали: трансректальное ультразвуковое исследование мышц тазового дна и прямой кишки, профилометрию анального канала, рентгенологическое исследование толстой кишки с барием, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, щитовидной железы и фиброгастроэзофагодуоденоскопию.

Характер распределения количественных переменных оценивался по гистограммам. Установлено, что для большинства переменных распределения представляют собой резко асимметричные кривые, для которых гипотеза о нормальности отвергалась на уровне $p < 0,01$ (критерий согласия Шапиро — Уилка). Поэтому в качестве показателя центральной тенденции выбрано среднее значение с 95% нижней и верхней доверительными границами M . Сравнение независимых выборок проводили по U -критерию Манна — Уитни. Сравнение качественных данных осуществляли по двустороннему критерию Фишера. Все расчеты выполнялись с доверительной вероятностью $p = 0,95$. Для обработки данных использовалась программа NCSS 2004 & PASS 2005.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ анамнестических данных не выявил различий в питании детей обеих групп в раннем возрасте (табл. 1). Каждый пятый ребенок находился на искусственном вскармливании.

При анализе частотыотягощенной наследственности у детей обеих групп обнаруживались следующие особенности (табл. 2). Заболевания пищеварительного тракта и запоры (как отдельное заболевание) встречались в семьях детей основной группы статистически значимо чаще, чем у родственников детей группы сравнения. С одной стороны, выявленные различия можно объяснить наследственной предрасположенностью, а с другой стороны, традиционный семейный тип и режим питания, пищевое поведение и диетические пристрастия являются предрасполагающими факторами формирования патологии пищеварительного тракта в нескольких поколениях одной семьи.

Таблица 1. Вскармливание детей основной группы и группы сравнения (среднее M , $p>0,05$)

Характеристика вскармливания	Основная группа ($n=82$)	Группа сравнения ($n=36$)
К груди приложен, сутки жизни	1,2 (1,02—1,37)	1,3 (0,89—1,61)
Продолжительность естественного вскармливания, мес	4,8 (3,51—6,08)	5,1 (2,84—7,39)
Возраст введения прикорма, мес	4,5 (4,33—4,74)	4,7 (4,19—5,20)

Таблица 2. Отягощенный семейный анамнез у детей основной группы и группы сравнения, абс. (%)

Заболевания у родственников	Основная группа ($n=82$)	Группа сравнения ($n=36$)	p
Заболевания пищеварительного тракта	82 (100)	30 (83)	$<0,01$
Атопические заболевания	48 (59)	16 (44)	$>0,05$
Запоры	42 (51)	5 (14)	$<0,01$

Нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки могут приводить к развитию патологии верхних отделов пищеварительного тракта. По данным Л. Н. Цветковой (2008), у каждого второго ребенка с заболеваниями пищевода отмечаются нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, причем у 8% из них имеет место учащенная дефекация, у 11% — неустойчивый стул и у 81% — его задержка [9].

При наличии абдоминального синдрома и симптомов диспепсии детям обеих групп проводилась фиброгастрозофагодуоденоскопия и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (табл. 3, 4). Как видно из табл. 3, 4, воспалительные и эрозивные поражения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, а также нарушения моторики двенадцатиперстной кишки встречались одинаково часто у детей обеих групп. Эхографическое увеличение размеров поджелудочной железы, а также эхографические признаки дуоденостаза и холецистита выявлялись одинаково часто в обеих группах, что свидетельствует о наличии диетических погрешностей.

Наши данные совпадают с результатами Л. Н. Цветковой, обнаружившей увеличение размеров поджелудочной железы и изменение структуры ее тканей, которые расценивались как реактивные у 73% детей с хроническими запорами [9].

На момент обращения характер дефекации у детей исследуемых групп имел статистически значимые различия. Среди детей основной группы частота дефекации 1 раз в 2—3 дня отмечалась у 56 (68,3%) детей, 1—2 раза в неделю — у 24 (29,2%), самостоятельный стул отсутствовал у 2 (2,5%). У детей группы сравнения характер дефекации был ежедневный регулярный.

Вследствие нерегулярной дефекации каловые массы уплотняются и уменьшаются в объеме, эвакуация их из прямой кишки сопровождается большими усилиями, раздражением и повреждением слизистой оболочки анального канала. Образуется анальная трещина, которая является причиной болезненной дефекации, вследствие чего ребенок начинает сознательно удерживать кал, так как дефекация ассоцииру-

Таблица 3. Патология верхних отделов пищеварительного тракта по результатам фиброгастрозофагодуоденоскопии у детей основной группы и группы сравнения ($p>0,05$), абс. (%)

Нарушения	Основная группа ($n=46$)	Группа сравнения ($n=34$)
Эзофагит	21 (46)	18 (53)
Полип кардии	2 (4)	1 (3)
Гастродуоденит	45 (98)	32 (94)
Эрозивные поражения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта	4 (9)	1 (3)
Дуоденогастральный рефлюкс	20 (43)	20 (59)

Таблица 4. Патология верхних отделов пищеварительного тракта по результатам ультразвукового исследования у детей основной группы и группы сравнения ($p>0,05$), абс. (%)

Нарушения	Основная группа ($n=55$)	Группа сравнения ($n=28$)
Панкреатит	45 (82)	22 (79)
Дуоденостаз	33 (60)	20 (71)
Холецистит	14 (25)	7 (25)

Таблица 5. Характеристика калового столба у детей основной группы и группы сравнения ($p<0,01$, абс. (%))

Характеристика	Основная группа ($n=82$)	Группа сравнения ($n=36$)
Вид калового столба:		
гладкий	3 (4)	8 (22)
ребристая поверхность	12 (15)	23 (64)
комковатый	62 (76)	6 (17)
Диаметр калового столба:		
больше обычного	34 (41)	4 (11)
обычный	29 (35)	32 (89)

ется с болью. Каловые массы скапливаются в прямой кишке, что приводит к растяжению ампулы прямой кишки, формированию функционального мегаректума. Нами было показано, что причинами нарушения акта дефекации являются дисфункции мышц тазового дна и ригидность пуборектальной петли. Выявленные изменения пуборектальной петли и наружного анального сфинктера, состоящих из поперечнополосатой мускулатуры, свидетельствуют о существенном нарушении «волевого» компонента в акте дефекации у детей основной группы [10].

В основной группе твердый комковатый кал отмечался у 50 (61%) детей, диаметр калового столба очень большого размера — у 21 (26%) ребенка, подобные изменения у детей группы сравнения не встречались. Характеристика калового столба у детей обеих групп представлена в табл. 5. Статистически значительно чаще симптомы длительной задержки дефекации (увеличение диаметра калового столба и комковатый кал) выявлялись у детей основной группы, а признаки регулярной дефекации (каловый столб обычного диаметра, гладкий или с ребристой поверхностью) — у детей группы сравнения.

Анализ ежедневного рациона детей обеих групп обнаружил характерные особенности, лежащие в основе патогенеза развития запоров (табл. 6, 7). Обращает на себя внимание статистически значимое преобладание углеводистой пищи с дефицитом клетчатки у детей основной группы.

Завтрак у детей обеих групп представлен традиционными блюдами, но почти в 2 раза чаще дети основной группы употребляли яичницу и хлопья с молоком (различия статистически значимы), а также выпечку и кондитерские изделия (различия статистически незначимы).

В обед дети питались практически одинаково, но в рационе детей основной группы макароны встречались чаще, чем в группе сравнения (различия статистически значимы). Примечательно, что в понятие «салат» у подавляющего большинства детей обеих групп входил салат из помидоров и огурцов, продуктов с небольшим содержанием клетчатки. Грубая клетчатка в виде винегрета, капусты, моркови в обеденное время употреблялась одинаково редко

детьми обеих групп.

Анализ блюд, употребляемых в ужин детьми обеих групп, выявил качественные и количественные статистически значимые различия. Дети основной группы чаще ели макароны и бутерброды (в 1,5 и 1,8 раза соответственно), но значительно реже — винегрет, салат из капусты, моркови, а также тушеные овощи (в 2,5 и 3,1 раза соответственно).

Представленные данные убедительно демонстрируют влияние диеты на развитие запоров у детей основной группы, которые в 3 раза меньше употребляют кисломолочных продуктов и почти в 2 раза меньше фруктов, чем дети из группы сравнения.

При тщательном сборе анамнеза было показано, что запор развивается, как правило, с раннего детского возраста. В первом полугодии жизни с переходом на искусственное вскармливание снижение частоты дефекации и уплотнение стула отмечалось у 38% детей. Начало посещения детского сада привело к развитию запора у 27% детей, у каждого пятого ребенка эта проблема сформировалась в ответ на стрессовую ситуацию. С началом посещения школы запор возник у 7% детей, с введением прикорма и после кишечных инфекционных заболеваний — у 4% детей.

Запоры у детей раннего возраста, возникающие при смене смеси, лактазной недостаточности или непереносимости белков коровьего молока, вероятнее всего следует рассматривать как функциональную диспепсию в широком смысле этого термина, поскольку при смене качественного состава питания возникает нарушение моторики пищеварительного тракта. Причиной замедления моторики кишки может быть как непосредственно состав адаптированной молочной смеси (повышенный уровень белков по отношению к углеводам, соотношение кальция и фосфора), так и качественный состав грудного молока матери, употребляющей в пищу много продуктов, содержащих неадаптированный белок коровьего (козьего) молока.

В более старшем возрасте избыток углеводистой пищи при наличии экзокринной недостаточности поджелудочной железы и дуоденостаза вызывает замедление моторики верхних отделов пищеварительного тракта, а отсутствие в рационе достаточного количе-

Таблица 6. Частота употребления продуктов питания детьми основной группы и группы сравнения, абс. (%)

Продукты	Основная группа (n=82)	Группа сравнения (n=36)	p
Завтрак			
Чай, какао, другой напиток	78 (95)	33 (92)	>0,05
Бутерброд	68 (83%)	27 (75)	>0,05
Яичница	63 (83)	17 (47)	<0,01
Каша	56 (68)	23 (64)	>0,05
Выпечка и кондитерские изделия (булки, сдоба, печенье)	32 (39)	7 (19)	>0,05
Хлопья с молоком	30 (37)	5 (14)	<0,01
Творог	24 (29)	8 (22)	>0,05
Фрукты	11 (13)	6 (17)	>0,05
Не завтракает	6 (7)	4 (11)	>0,05
Обед			
Мясо	79 (96)	31 (86)	>0,05
Картофель	76 (93)	28 (78)	>0,05
Макароны	71 (87)	23 (64)	<0,01
Суп овощной	68 (83)	27 (75)	>0,05
Суп с макаронами	66 (80)	26 (72)	>0,05
Салат (огурцы, помидоры)	63 (77)	23 (64)	>0,05
Каша (крупяной гарнир)	14 (17)	5 (14)	>0,05
Салат (винегрет, капуста, морковь)	9 (11)	5 (14)	>0,05
Ужин			
Мясо	81 (99)	36 (100)	>0,05
Картофель	79 (96)	32 (89)	>0,05
Макароны	76 (93)	23 (64)	<0,01
Салат (огурцы, помидоры)	73 (89)	26 (72)	<0,02
Пельмени	72 (59)	20 (56)	>0,05
Бутерброд	42 (51)	10 (28)	<0,02
Каша (крупяной гарнир)	16 (20)	8 (22)	>0,05
Салат (винегрет, капуста, морковь)	14 (17)	15 (42)	<0,01
Тушеные овощи	7 (9)	10 (28)	<0,01

Таблица 7. Количество продуктов питания, употребляемых за день детьми основной группы и группы сравнения (среднее M, p<0,01)

Продукты питания	Основная группа (n=82)	Группа сравнения (n=36)
Жидкость, мл	1134 (1061—1207)	1392 (1305—1478)
Сладости, г	160 (139—181)	107 (83—131)
Кисломолочные продукты, мл	55 (31—80)	164 (99—229)
Фрукты, шт	1,1 (0,9—1,3)	1,8 (1,4—2,2)

ства клетчатки и кисломолочных продуктов усугубляет нарушение транзита кишечного содержимого по толстой кишке, приводит к стазу каловых масс в прямой кишке и нерегулярному акту дефекации.

Исследование потребления пищевых волокон детьми в возрасте от 2 до 14 лет (291 ребенок с запором и 1602 ребенка без запоров) показало, что количество пищевых волокон отрицательно коррелировало

со временем транзита толстокишечного содержимого и положительно — с объемом и консистенцией каловых масс [11]. Нерастворимые пищевые волокна — целлюлоза, гемицеллюлоза, (содержащиеся в крупах, отрубях, овощах), растворимые пищевые волокна — пектины, лигнины, инулин, камеди, клейковина (содержащиеся в овощах, фруктах, отрубях, овсе, цикории, луке) устойчивы к действию пищеварительных ферментов и всасыванию в тонкой кишке, частично или полностью ферментируются в просвете толстой кишки. В результате ферментации закисляется кишечное содержимое, продуцируется большое количество короткоцепочечных жирных кислот, обладающих многочисленными биологическими функциями, в том числе и усилением моторики толстой кишки (также как и кисломолочные продукты).

Анализируя полученные результаты, нельзя не отметить, что рацион детей основной группы в целом совпадает с тенденциями питания населения России, и если в мировой детской популяции запор встречается у 0,3–8% детей [4], то в России, по данным С. И. Эрлес, по результатам обследования 2195 детей в возрасте от 1 мес до 18 лет хронический запор (по Римским критериям III) был диагностирован у 53% детей [12].

По мнению В. А. Тутельяна и соавт. (2009), типичными нарушениями продуктовой структуры питания среднего современного россиянина является недостаточное потребление овощей (не считая картофеля), бахчевых культур, фруктов и ягод. По зарубежным данным, в 1999 г. Россия занимала одно из последних мест среди стран Европы по потреблению названных продуктов. Общее их количество в суточных рационах россиян в соответствии с этими данными не превышало 300 г. С точки зрения международных рекомендаций по здоровому питанию потребление только свежих овощей и фруктов (исключая картофель) должно быть не менее 300 г в сутки [13]. Частота потребления овощей (исключая картофель) в России и детским, и взрослым населением составляет 1,05–1,30 раза в день, а фруктов — только 0,38–0,77 раза в день. В Москве только 1/4 школьников ежедневно потребляют свежие овощи и фрукты.

Рационы россиян отличаются высоким содержанием сахара. Привычка к сладкому формируется с самого детства и закрепляется в последующие годы. Исследованиями НИИ питания РАМН установлено, что дети в Российской Федерации потребляют сладости в среднем более 2 раз в день (2,2 раза), в то время как молочные продукты — 1 раз, а фрукты — практически через день [13].

Учитывая патогенетические механизмы развития запоров у детей раннего возраста, целесообразно

в качестве одного из первых прикормов вводить продукты, богатые пищевыми волокнами, — овощные и фруктовые пюре. Примером таких продуктов могут служить овощные и фруктовые пюре, выпускаемые российским производителем ОАО «ПРОГРЕСС» под маркой «ФрутоНяня».

Детское питание «ФрутоНяня» производится из натурального сырья. Все компоненты проходят строгий, многоступенчатый контроль на содержание нитратов, пестицидов, генно-модифицированных организмов. Овощные и фруктовые пюре «ФрутоНяня» не содержат крахмал, рисовую муку и другие загустители, растительное масло, специи, соль и сахар, а также консерванты, ароматизаторы и красители. Благодаря современной технологии производства, позволяющей использовать щадящие температурные режимы, овощные и фруктовые пюре «ФрутоНяня» максимально сохраняют витаминно-минеральный состав и обладают высокими органолептическими свойствами.

Для начала прикорма можно рекомендовать монокомпонентные, гипоаллергенные овощные пюре «ФрутоНяня» из брокколи, цветной капусты и тыквы. Для последующего расширения рациона в питание детей, страдающих функциональными запорами, можно включить поликомпонентные овощные пюре «ФрутоНяня» — из цветной капусты и кабачков, брокколи и кабачков. Детям, которые с трудом едят овощи, можно предложить комбинированные фруктово-овощные пюре «ФрутоНяня» — из яблок и кабачков, из яблок и моркови, из яблок и тыквы.

Из монокомпонентных фруктовых пюре «ФрутоНяня» для детей с запорами можно рекомендовать гипоаллергенные пюре «ФрутоНяня» из чернослива, пюре из яблок и пюре из груш, а также пюре из сливы, в состав которого дополнительно входит пектин [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ результатов проведенного исследования показал, что запор развивается в раннем возрасте, почти у половины детей — в первом полугодии жизни с переходом на искусственное вскармливание. Наследственная предрасположенность, семейный тип питания с преобладанием углеводистой пищи в сочетании с дефицитом клетчатки и кисломолочных продуктов являются предрасполагающими факторами формирования запоров. В то же время рацион детей основной группы в целом совпадает с тенденциями питания населения России.

Учитывая патогенетические механизмы развития запоров у детей раннего возраста, целесообразно в качестве одного из первых прикормов вводить продукты, богатые пищевыми волокнами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.): <http://www.fzr.ru/doc>
2. Государственный доклад Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 ноября 2011 г. «О положении детей в Российской Федерации» (2010 г.) <http://minzdravsoc.metod.ru/docs/mzsr/otchety/6>
3. О состоянии здоровья населения Москвы в 2010 г. в связи с алиментарными факторами (по результатам ведения социально-гигиенического мониторинга) http://www.mossanexpert.ru/view_docfguz.php
4. *Giannetti E., Sciorio E., Staiano A.* Treatment of constipation: Where do we go? JPGN 2011; 53: Suppl.2: 53—54.
5. Baker S.S., Liptak G.S., Colletti R.B. et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 29: 612—626.
6. *Романов П.А.* Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки. М: Медицина 1987; 190.
7. *Звездкина Е.А.* Рентгенодиагностика анатомо-функционального состояния толстой кишки при хронических запорах у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2004; 48.
8. *Morais M.B., Vitolo M.R., Aguirre A.N., Fagundes-Neto U.* Measurement of low dietary fiber intake as a risk factor for chronic constipation in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 29: 132—135.
9. *Цветкова Л.Н., Цветков П.М., Нечаева Л.В., Щерба Е.Г.* Состояние пищевода и гастроэзофагеального перехода у детей, страдающих хроническим запором. Рос вестн перинатол и педиат 2008; 6: 30—40.
10. *Дубровская М.И., Пыков М.И., Паршина П.В., Джаватханова Р.И.* Функциональное состояние прямой кишки при хронических запорах у детей. Вопр практ педиат 2012; 3: 33—39.
11. *Roma E., Adamidis D., Nikolara R. et al.* Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 2: 169—174.
12. *Эрдес С.И., Мацукатова Б.О., Ревякина С.А.* Запоры у детей (результаты нового российского популяционного исследования). Рус мед журн 2011; 3: 159—165.
13. *Тутельян В.А., Онищенко Г.Г., Суханов Б.П. и др.* Государственная политика здорового питания населения: задачи и пути реализации на региональном уровне: Руководство для врачей. Под ред. В.А. Тутельяна, Г.Г. Онищенко. М: ГЭОТАР-Медиа 2009; 288.
14. *Турти Т.В., Намазова-Баранова Л.С. и др.* Клиническое исследование 13 продуктов детского питания «ФрутоНяня» ОАО «ПРОГРЕСС», Россия. М: НЦЗД РАМН 2011;

Поступила 02.07.12