

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Сенина Н.С.¹, Власова А.В.², Чехова В.О.³, Симонова В.Г.⁴

¹ ФГБОУ ВО "ОГУ им. И.С. Тургенева", e-mail sns2002@list.ru

² ФГБОУ ВО "ОГУ им. И.С. Тургенева", e-mail valeriana.867@mail.ru

³ ФГБОУ ВО "ОГУ им. И.С. Тургенева", e-mail vicachekhova@mail.ru

⁴ ФГБОУ ВО "ОГУ им. И.С. Тургенева", e-mail segeja36@mail.ru

Аннотация: В статье проводится глубокий анализ роли лечебного питания в терапии детей двух возрастных групп (младше 1 года и старшего возраста), страдающих от острых кишечных инфекций. Акцентируется внимание на распространенности данных заболеваний, тяжести их протекания и возможных последствиях в случае нерационального лечения. Обосновывается неотложная необходимость внедрения рационального питания, адаптированного под конкретные формы заболевания, устанавливаются основные задачи терапии ОКИ у детей, цели и приоритеты. Приводятся особенности лечебного питания при отдельных формах острых кишечных инфекций в зависимости от этиологии возбудителя и исходящие из этого принципы терапии. Указывается продолжительность лечебного питания в зависимости от тяжести состояния. Приводится подробный перечень продуктов и блюд, которые могут входить в рацион детей при данных заболеваниях, с учётом возраста и особенностей работы желудочно-кишечного тракта ребенка в определенной ситуации. Рассматривается список продуктов, запрещённых в период заболевания, обосновываются причины данных ограничений. Особое внимание уделяется уязвимости детского организма к инфекционным агентам, подчеркивается значимость и важность применения целенаправленного и гармоничного лечебного питания в этом контексте.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, лечебное питание, перечень продуктов, дети до года, дети старше года.

MODERN APPROACHES TO THERAPEUTIC NUTRITION IN ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

Senina N.S.¹, Vlasova A.V.², Chekhova V.O.³, Simonova V.G.⁴

¹ FGBOU VO "OSU named after I. S. Turgenev", e-mail sns2002@list.ru

² FGBOU VO "OSU named after I. S. Turgenev", e-mail valeriana.867@mail.ru

³ FGBOU VO "OSU named after And S. Turgenev", e-mail vicachekhova@mail.ru

⁴ FGBOU VO "OSU named after I. S. Turgenev", e-mail segeja36@mail.ru

Abstract: The article provides an in-depth analysis of the role of therapeutic nutrition in the treatment of children of two age groups (younger than 1 year and older) suffering from acute intestinal infections. Attention is focused on the prevalence of these diseases, the severity of their course and possible consequences in the case of irrational treatment. The urgent need for the introduction of a rational diet adapted to specific forms of the disease is substantiated, the main tasks of the treatment of OCI in children, goals and priorities are established. The features of therapeutic nutrition in certain forms of acute intestinal infections, depending on the etiology of the pathogen and the principles of therapy proceeding from this, are given. The duration of therapeutic nutrition is indicated, depending on the severity of the condition. A detailed list of foods and dishes that can be included in the diet of children with these diseases is provided, taking into account the age and peculiarities of the gastrointestinal tract of the child in a certain situation. The list of products prohibited during the period of the disease is considered, the reasons for these restrictions are substantiated. Special attention is paid to the vulnerability of the child's body to infectious agents, the importance and importance of using targeted and harmonious therapeutic nutrition in this context is emphasized.

Keywords: acute intestinal infections, therapeutic nutrition, list of products, children under one year old, children over one year old.

Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется до 1–1,2 миллиардов случаев ОКИ, что приводит к приблизительно 5 миллионам случаев смерти среди детей. ОКИ занимают вторую строчку по распространенности среди инфекционных заболеваний у детей, уступая лишь острым респираторным инфекциям, что подчеркивает необходимость эффективного лечения [1].

Группа острых кишечных инфекций (ОКИ) объединяет болезни, распространяющиеся через фекально-оральный механизм заражения и вызываемые разнообразными микроорганизмами, такими как сальмонеллы, клостридии, шигеллы и другие. Характерным симптомом всех этих инфекций является диарея. Помимо этого, развитие ОКИ может развиваться на фоне дефицита белков, витаминов, железа, цинка и преобладании в рационе продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, сахара и соли при одновременном недостатке витаминов и микроэлементов, что ведет к высокому риску развития ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, анемии, йододефицитных состояний и других заболеваний [2].

Цель исследования: проанализировать современные подходы к лечебному питанию при острых кишечных инфекциях у детей.

Материал и методы исследования: научная и учебная литература

В число ключевых проявлений острых кишечных инфекций (ОКИ) входят: гастроэнтерит либо энтероколит, симптомы обезвоживания организма и классические признаки интоксикации, вызванные присутствием и активностью патогенных микроорганизмов. Терапевтический подход в острой стадии направлен на элиминацию возбудителей инфекции и выведение токсичных веществ, тогда как в период восстановления акцент делается на восстановлении функциональности желудочно-кишечного тракта. Ведущую роль в лечении играет диетическое питание, адаптированное под возраст и специфику патологии, что значительно содействует улучшению состояния пациента и его быстрейшему восстановлению.

Основные задачи диетического лечения при острых энтеритах и гастроэнтеритах направлены на уменьшение воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте, обеспечение защиты слизистой кишечника от дальнейших повреждений, коррекцию дефицита жидкости и электролитов, устранение диспепсических симптомов, а также на восстановление и поддержание здорового баланса кишечной микрофлоры [3].

Приоритетные направления диетического лечения в случае острого кишечного заражения охватывают:

1. Применение диеты, обеспечивающей защиту желудочно-кишечного тракта как в механическом, так и химическом аспектах. Пища должна быть легкой для переваривания, многообразной с точки зрения вкуса, содержать блюда, приготовленные методом на пару, варки, а также измельченные до состояния пюре.
2. Регулирование потребления жиров, ограничение углеводов и натрия, сокращение энергетической ценности пищи.
3. Повышение содержания белков за счет добавления в рацион кисломолочной и безлактозной пищи, насыщенной бифидо- и лактобактериями.
4. В начальной фазе развития болезни рекомендуется сократить количество употребляемой пищи на 15-20%, а при прогрессировании заболевания до более серьезных стадий - до 50% от установленной физиологической нормы потребления [4, с.3].
5. Прием пищи, подогретой до комфортной температуры 33-38°C, разделенный на 5-6 порций в течение дня, оптимизирует воздействие на желудочно-кишечный тракт, уменьшая как механическую, так и функциональную нагрузку на пищеварительные органы. Это, в свою очередь, помогает предотвратить раздражение и воспаление слизистой оболочки желудка и кишечника, которое может возникнуть при употреблении холодной пищи.

Новейшие подходы к диетотерапии исключают применение «голодных» диет, поскольку поддержание активности желудочно-кишечного тракта критически важно даже при серьезных заболеваниях. В начальный период после заражения кишечной инфекцией рекомендуется уменьшение порций в два раза. Отказ от приема пищи считается недопустимым, так как отсутствие необходимых нутриентов снижает иммунитет и тормозит процесс регенерации слизистой оболочки.

В случае острых кишечных инфекций часто происходит дисбаланс кишечных гормонов и нарушение нейрорегуляторных механизмов, влияющих на функциональную активность желудка, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Это может привести к нерегулярной секреции желудочного сока и панкреатических ферментов. Следовательно, подбор диеты, ограничивающий употребление жареной пищи, богатой вредными веществами, такими как альдегиды и акролеины, и продуктов, имеющих высокую концентрацию эфирных масел (например, репа, лук, чеснок, редис, грибы и капуста), выступает ключевым принципом в диетотерапии этих состояний.

В случае острой кишечной инфекции (ОКИ), кишечник часто страдает от процессов брожения и разложения, что усугубляет проявления болевого синдрома и поноса. Когда процессы брожения преобладают, рекомендуется уменьшить употребление продуктов, богатых углеводами, включая овощи, фрукты и цельнозерновые. При этом следует отдавать предпочтение овощам, таким как кабачки, морковь и брокколи, после их варки или паровой обработки и пюрирования. В случае преобладания процессов разложения, необходимо исключить из рациона продукты, содержащие большое количество соединительных тканей, как в мясе, так и в рыбе и птице, и сократить потребление яичного белка из-за его высокого содержания серы. Сера, превращаясь в газообразный сероводород, может поспособствовать нарастанию симптоматики кишечной инфекции [5, с.84].

В текущем этапе развития медицины и диетологии существуют противоречивые подходы к использованию молока в лечебном питании при острой кишечной инфекции. Ранее распространена была концепция, указывающая на широкое распространение лактазной недостаточности и сопутствующих ей энтеропатий, в то время как недавние исследования подтвердили роль лактозы как пребиотика, способствующего поддержанию здоровой микрофлоры кишечника [6]. Однако в период обострения заболеваний предписывается сократить употребление молока и молочных изделий, а также ограничить продукты, которые могут казаться безвредными, включая сладости, готовые к употреблению завтраки и прочие продукты питания.

В случае диареи происходит повышенное всасывание оксалатов в области толстого кишечника, что способствует повышению вероятности формирования оксалатных камней в почках и развитию нефрокальциноза. Для минимизации риска формирования уратных конкрементов в почечной системе, критически важно уменьшить потребление высокооксалатных продуктов, таких как шпинат и щавель. Параллельно рекомендуется обогатить диету кальцием и триглицеридами, содержащимися в кокосовом и пальмовом масле, что способствует снижению абсорбции оксалатов и поддержанию здоровья почек.

В ситуациях, когда больные сталкиваются с серьезным истощением и продолжительными эпизодами диареи, может возникнуть необходимость в применении частичного или полного парентерального введения питательных веществ. Впрочем, преждевременный переход к оральному приему пищи играет важную роль в регенерации кишечного эпителия, поскольку полисахариды, содержащиеся в пище, служат подпиткой для короткоцепочечных жирных кислот, крайне необходимых для обеспечения энергией клеток слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и их последующей регенерации [7, с.42].

В случае тяжёлых нарушений функциональности тонкого кишечника, актуально применение специализированных энтеральных диет, обогащённых гидролизованной белками, липидами и углеводами и исключающих содержание лактозы, глютена и клетчатки. Особую ценность таких диет составляет наличие среднецепочечных триглицеридов, которые уникальным образом усваиваются без участия липаз и желчных кислот, а их метаболизирование происходит без необходимости в карнитине.

Диетотерапия при острой кишечной инфекции у детей грудного возраста.

Материнское молоко представляет собой оптимальный источник пищи для младенцев в течение первых 12 месяцев жизни, обеспечивая их всем необходимым для здорового роста и развития, благодаря своему богатому содержанию антимикробных факторов, включая интерферон, иммуноглобулин А, лактоферрин и лизоцим. В ситуациях, когда ребёнок сталкивается с тяжёлыми кишечными инфекциями, грудное молоко играет ключевую роль в предотвращении дефицита белков, электролитов и жидкостей, а также активно способствует регенерации повреждённой кишечной микрофлоры. Во время заболевания специалисты советуют отказаться от практики допуска к груди по первому требованию младенца, чтобы снизить риски ухудшения симптомов в виде частого срыгивания, рвоты и диареи.

Регулировка частоты и объема питания младенца диктуется не только его возрастными особенностями, но и клиническим состоянием, в частности, степенью тяжести болезни и присутствием таких симптомов, как рвота. Эффективная схема кормления предполагает варьирование: при предпочтении 8-10 раз в сутки с перерывами в 2 часа предписывается прием от 10 до 50 мл за раз, если кормления происходят через каждые 2,5 часа и составляют 8 раз в сутки — разовый объем увеличивается до 60-80 мл. При семикратном расписании с интервалами в 3 часа рекомендовано увеличение до 90-110 мл за раз. Чтобы обеспечить оптимальный уровень гидратации и энергетическую поддержку организма ребенка, отдельное внимание уделяется восполнению нехватки пищи специализированными растворами, богатыми глюкозой и электролитами, такими как Регидрон и Регидрон Био [8, с.41-42].

В процессе диетического лечения важно с каждым днём наращивать порции питания на 20–30 мл за одно кормление, при этом сокращать интервалы между приёмами пищи и их общее количество. С улучшением здоровья ребёнка общий объём потребляемой пищи должен соответствовать его естественным потребностям к третьему-пятому дню начала терапии.

Для младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, при тяжёлой форме ОКИ оптимально подбираются формулы с низким содержанием лактозы или без неё вовсе (как, например, Нутрилон Низколактозный, Фрисопеп), что способствует их легкому

усвоению [9, с.88]. В ситуациях, когда у ребенка наблюдаются серьезные патологии пищеварительной системы или гипотрофия, рекомендуются гидролизаты белка (например, Алфаре), которые обеспечивают необходимую поддержку для восстановления функций желудочно-кишечного тракта и препятствуют развитию ферментных нарушений. Важно избегать введения в рацион младенцев неадаптированных молочных продуктов, так как это увеличивает риск возникновения диареи и аллергии на белок коровьего молока.

В возрасте полугода, при наблюдении улучшения состояния и положительной динамики функций желудочно-кишечного тракта, допустимо начинать введение прикорма в виде каш на третий день. Подходят как рисовая, так и гречневая каши, для приготовления которых рекомендуется использовать молоко, разбавленное водой в соотношении один к одному, или же кипячёную воду, особенно в ситуациях, когда ребёнок переносит ротавирусную инфекцию. Начальный объём порции каши должен варьироваться между 50 и 150 граммами в зависимости от возраста ребёнка. По истечении нескольких дней можно включить в рацион до 10-20 граммов творога, последующим этапом станет добавление овощных пюре, фруктовых или ягодных киселей, а также соков, объёмом от 50 до 150 мл.

В период активного роста и развития младенцев, отмеченного возрастным диапазоном 7-8 месяцев, при условии их стабильного здоровья, рацион питания может быть обогащён введением дополнительных продуктов. К таким продуктам относится часть желтка куриного яйца (рамки порций ограничиваются четвертью или половиной), что становится ценным источником белка и витаминов для малыша. Также рекомендуется расширение меню за счёт введения нежирных бульонов, насыщенных витаминами овощных супов, а также мясного фарша, являющегося важным источником железа. В состав питательных каш и овощных пюре предлагается добавлять умеренное количество сливочного масла, которое обогащает блюда необходимыми жирами и витамином А.

При проявлении признаков ферментативной диспепсии или повышенного газообразования, желательно исключить из рациона сладкие молочные смеси и фруктовые соки, предпочитая продукты с низким содержанием лактозы или полностью без неё. В дополнение, рекомендуется включать в питание каши, сваренные на воде без добавления сахара, и запеченные яблоки, ограничив их количество до 100 граммов в день, а также кефир, выдержанный не менее трех дней.

При серьёзных случаях энтеральных инфекций, в частности у детей с низким весом при рождении и детей, страдающих гипотрофией, в период заболевания велик риск возникновения гипопроteinемии из-за нарушенной абсорбции и утраты аминокислот. С третьего дня после

начала заболевания таким пациентам рекомендуется введение в рацион специфических гиперпротеиновых молочных смесей, адаптированных для преждевременно рожденных детей, а также включение творога.

В условиях, когда инфекции, вызванные возбудителями сальмонеллёза и кампилобактериоза, вызывают развитие реактивного панкреатита, последствия для пищеварительной системы могут быть значительными, включая нарушения метаболизма липидов с последующей стеатореей. При такой клинической картине ключевым аспектом лечения является коррекция диеты, направленная на снижение потребления жиров до 3–4 мг на килограмм массы тела в сутки для детей младше одного года. Эффективность данного подхода достигается за счет использования специализированных продуктов с пониженным содержанием жира, таких как Ацидолакт, вместо обычных молочных продуктов, а также применения адаптированных смесей типа Нутрилон Пепти ТСЦ, что важно для обеспечения надлежащего питания без дополнительной нагрузки на поджелудочную железу.

В случаях ротавирусной инфекции и инфекций, вызванных бактерией *Escherichia coli*, зачастую отмечается снижение активности дисахаридаз - ферментов, расщепляющих дисахариды, что затрудняет ассимиляцию углеводов, главным образом лактозы. Чтобы облегчить пищеварительные процессы в такие периоды, рекомендуется сокращение потребления молока и продуктов на его основе, выбор продуктов с пониженным содержанием лактозы или переход на смеси на основе сои. Первые прикормы должны включать каши без добавления молока, пюре из овощей и мяса, при этом следует избегать фруктовых соков с высоким содержанием сахаров, а также продуктов, стимулирующих газообразование и активизирующих кишечную моторику, таких как, например, изделия из ржаной муки. Продолжительность соблюдения диеты с низким содержанием лактозы может колебаться в пределах от полутора до шести месяцев.

После тяжёлых форм кишечных заболеваний может наступить дисахаридазная недостаточность, иногда приводящая к полному отсутствию способности усваивать углеводы (глюкозо-галактозная мальабсорбция). Этот дисбаланс может вызвать сильную диарею, особенно после потребления продуктов с содержанием молока и соевых добавок, а также разнообразных злаков, фруктов и овощей. В этих случаях требуется строгое исключение углеводсодержащих продуктов из диеты и применение парентерального питания для восполнения энергетического баланса, либо полный переход на такое питание. Опционально, при определённой толерантности, возможно введение фруктозы через рот. В зависимости от личной усвояемости, в диету могут быть включены белки и липиды: постные виды мяса (говядина,

индейка, кролик), растительные масла, а также овощи с минимальным содержанием моно- и дисахаридов, такие как брокколи, брюссельская капуста, шпинат, салат и фасоль.

Диетотерапия при острой кишечной инфекции у детей старше 1 года

Режим питания детей после первого года жизни строится на аналогичных основаниях, что и питание младенцев, с той лишь разницей, что предусматривается расширение порции и более активное включение в рацион продуктов, подходящих данному возрастному периоду. В период болезни, особенно при повторяющейся рвоте, рекомендовано ввести разгрузочную диету с целью облегчения состояния. В начале таких мер кефир (100–200 мл в зависимости от возраста каждые 3–3,5 часа) выступает в качестве основы, далее рекомендуется поэтапно возвращаться к стандартному питанию, исключая из рациона запрещенные продукты (см. табл. 1).

В период активной инфекции, питание ребенка должно включать легкоусвояемые блюда теплой температуры и мягкой консистенции. Рекомендуется использование пюреобразных продуктов, приготовленных методом варки или на пару, особенно актуально это для мясных и рыбных блюд. Для каш и гарниров предпочтительно доводить зерно и овощи до полной мягкости. Пищевой рацион должен быть максимально разнообразным, включая продукты с высоким содержанием пробиотиков, такие как кефир и творог, а также белковые источники в виде нежирного мяса и рыбы, яиц, картофеля. Особо полезна рисовая каша на воде без сахара и соли, которая благодаря своим обволакивающим свойствам способствует заживлению слизистой оболочки и защите от негативного воздействия токсинов. В качестве полезных добавок можно использовать ягодные кисели и компоты, а также употреблять арбуз, чернику, лимоны. Не желательно включать в рацион продукты с высоким содержанием клетчатки, которые могут стимулировать перистальтику и вызвать вздутие живота, например, бобовые, свеклу, ржаной хлеб, виноград, капусту.

Для уменьшения интенсивности и количества эпизодов рвоты рекомендуется предоставлять пищу и напитки ребенку в малых объемах с короткими интервалами между приемами. Эти меры принимаются до восстановления нормальной работы кишечника, после чего допускается поэтапное увеличение разнообразия в питании. В случае отсутствия желания есть, не следует заставлять ребенка принимать пищу.

Одна из основных целей терапии - поддержание гидратации организма, предотвращая риск жизненно опасной дегидратации, посредством потребления достаточного количества теплой жидкости (36–37°C). Для этого подойдут травяные настои, кипяченая вода, отвар шиповника, фруктовые компоты. В случаях интенсивной потери жидкости применяют

электролитные растворы, например, Регидрон и аналоги. Восстановление водного баланса следует производить в соответствии с возрастными рекомендациями: для детей до двух лет предписывается потребление 80-100 мл воды после каждого случая диареи или рвоты, в то время как для детей старше двух лет соответствующая доза увеличивается до 150-200 мл. Для оптимизации усвоения жидкости её следует принимать малыми объёмами, по 5-10 мл, повторяя приём каждые 5-10 минут.

В период реконвалесценции после болезни питание становится более вариативным и насыщенным. Рекомендуется включать в меню диетические блюда: нежирную варёную рыбу, мясные фрикадельки, яичные блюда, каши на молоке, паровые котлеты, а также легкие супы на нежирном бульоне. Разрешённые фрукты и сладости представлены бананами, печеными яблоками, белым сухарям, галетным печеньем. Для поддержания микрофлоры желудочно-кишечного тракта необходимы кисломолочные продукты, обогащенные пробиотическими и пребиотическими компонентами. Ввиду повышенной потребности организма в белках для восстановления, акцент стоит делать на богатых животным белком продуктах, включая курятину, говядину, рыбу, творог, сыры и яйца для эффективного восстановления.

Не рекомендуется употребление насыщенных жиров, присутствующих в жирном красном мясе (примеры включают свинину и баранину) и в виде омега-3 жирных кислот в жирной рыбе из семейства лососевых, а также в мясе уток или гусей из-за сложности в их переваривании. Ограничение касается и простых углеводов, например, содержащихся в сладостях, поскольку они могут усиливать ферментационные процессы в кишечнике. Употребление растительных масел желательно держать в рамках умеренности.

В период выздоровления особое внимание уделяется соблюдению диетического рациона в течение 3-4 недель в лёгких случаях и до 8-12 недель при более серьёзных инфекциях. Пренебрежение этой мерой может спровоцировать рецидивы нарушений функций кишечника, что, в свою очередь, чревато развитием хронических патологий, включая энтерит и колит. Именно поэтому категорически необходимо придерживаться диеты после таких болезней, как дизентерия, ротавирусный гастроэнтерит и сальмонеллёз, поскольку они могут быть причиной долгосрочных нарушений моторики кишечника, его опорожнения и процесса пищеварения в целом.

Таблица 1. Перечень разрешённых и запрещённых продуктов при диетотерапии у детей с ОКИ.

Разрешённые продукты	Запрещённые продукты
----------------------	----------------------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Белые сухари 2. Куриные и разбавленные овощные бульоны 3. Супы слизистой консистенции, приготовленные из доведённых до полного размягчения рисовой или гречневой каши с добавлением овощей 4. Постные категории красной мясной продукции, включая грудку цыпленка, индюшатину, крольчатину, а также диетические сорта речной и морской рыбы, паштеты 5. Паровые котлеты, фрикадельки 6. Кисломолочные изделия, такие как простокваша, натуральный йогурт и кефир 7. Омлет на пару и яйца куриные всмятку 8. Свежий перетёртый творог, неотсрый тёртый сыр, масла сливочное и растительного происхождения в умеренных дозах 9. Разваренные каши (из риса и гречки), варёные овощи (картофель, тыква, цветная капуста, морковь, свёкла) представлены как рагу или пюре. 10. Отвар шиповника 11. Негазированная столовая вода 12. Некрепкий зеленый чай, чай с малиной и смородиной, а также ассортимент чаев, варьирующихся от ромашковых до липовых, чабрецовых и шалфейных сортов. 13. Свежевыжатые соки, разбавленные водой 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мясные и овощные бульоны высокой концентрации и супы 2. Колбасы, копчёная продукция, животные липиды 3. Свежий белый или ржаной хлеб 4. кулинарные изделия в консервированной форме (включая рыбные и мясные консервы), мясо утки и гуся. 5. Яйца куриные, поданные в виде омлета и варёные до состояния "вкрутую". 6. Цельное молоко, жирные или острые сорта сыра, крем для десертов, сливки, сметана. 7. Бобовые растения, брокколи и кочанная капуста 8. Макароны изделия 9. Пшеничные, перловые и ячменные крупы. 10. Пельмени, вареники 11. Засоленные и консервированные продукты, специи, пикантные соусы, в том числе томатные 12. крепкий кофе, газировки, какао 13. мороженое, шоколад
---	--

14. клюквенный или брусничный морс	
15. Компоты из сухофруктов	

Заключение

Таким образом, мы можем отметить, что принципы лечебного питания для детей страдающих от острых кишечных инфекций, определены точно, включая подробно разработанные списки разрешенных и запрещенных продуктов. Регламентация учитывает не только возраст пациента, но и вид возбудителя инфекции. Эффективная терапия также предусматривает обучение матерей основам качественного питания их детей. Адекватное диетическое вмешательство в совокупности с целенаправленной терапией обеспечивает ослабление вредоносного влияния инфекции и стимулирует восстановительные процессы в желудочно-кишечном тракте.

Список литературы:

1. М. Л. Бабаян. Роль лечебного питания при острых кишечных инфекциях у детей. [Электронный ресурс]. URL: <https://medvestnik.ru/content/medarticles/Rol-lechebnogo-pitaniya-pri-ostryh-kishechnyh-infekciyah-u-detei.html> (дата обращения 27.09.24)
2. Алисултанов М.С., Симонова В.Г. АЛИМЕНТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА // Международный студенческий научный вестник. 2024. № 3.
3. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. [Электронный ресурс]. URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html> (дата обращения: 27.09.2024).
4. Сурков А.Н. Тактика лечения острых кишечных инфекций у детей [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/taktika-lecheniya-ostryh-kishechnyh-infektsiy-u-detey> (дата обращения 27.09.24).
5. Ю.О. Шульпекова. Диета при болезнях кишечника: традиционные основы и новые открытия. // РЖГТК. 2011. Т.21. №4. С.82-89.
6. Фирман Дж., Лю Л., Махалак К., Ху В., Биттингер К., Мустафа А., Джонс С.М., Нару А. и Томасула П. Анализ in vitro того, как лактоза изменяет структуру и

функции кишечной микробиоты взрослых независимо от донора. *Front. Nutr.* 9:1040744. doi: 10.3389/fnut.2022.1040744 . [Электронный ресурс]. URL : <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2022.1040744/full> (дата обращения 28.09.24).

7. Детское питание : Руководство для врачей / Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. — 784 с.
8. А. А. Новокшенов. Пероральная регидратационная терапия кишечных инфекций у детей, какой раствор выбрать? // Журнал «Детские инфекции» - 2015. - №2. – С.40-45. [Электронный ресурс]. URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/peroralnaya-regidratatsionnaya-terapiya-kishechnyh-infektsiy-u-detey-kakoy-rastvor-vybrat/viewer> (дата обращения 29.09.24).
9. Баранов А.А., Тутельян ВА (ред.). Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М.: ФГДУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. 2019. 112 с.