

С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина

Российский государственный медицинский университет, Москва

Диарея у детей: основные причины и пути лечения

Контактная информация:

Бельмер Сергей Викторович, доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней № 2 Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119513, Москва, Ленинский проспект, д. 117, тел.: (495) 936-94-74

Статья поступила: 12.11.2010 г., принята к печати: 13.12.2010 г.

В статье рассматриваются основные вопросы диагностики диареи у детей. Отмечено, что основная причина острой диареи — это инфекции, чаще вирусные (ротавирусные и др.). Хроническая диарея, напротив, часто имеет неинфекционную природу. Необходимость проведения многопланового диагностического поиска причин диареи у детей обусловлена важностью терапии именно основного заболевания. Вместе с тем важное место в лечении острой и хронической диареи сегодня занимают адсорбенты на основе смектита. В целом, лечение диареи всегда требует комплексного подхода с использованием диетотерапии и лекарственных средств: мукоцитопротекторов, регуляторов моторики, пре- и пробиотиков.

Ключевые слова: дети, диарея, лечение.

Диарея представляет собой симптом, нередко встречающийся в педиатрической практике. В норме у ребенка в возрасте старше 1 года кратность стула составляет 1–2 раза в день; кал оформленный, коричневого цвета, умеренно твердый, без примесей крови, зелени, слизи или иных патологических признаков. При диарее частота стула увеличивается, он становится неоформленным и даже жидким, возможно появление в его составе примесей. Таким образом, диарея представляет собой не только увеличение частоты стула, но комплексное изменение его характера.

В международной практике в последние 10–15 лет для идентификации запора и диареи стали широко применять Бристольскую шкалу форм кала. Данная шкала подразумевает 7 вариантов формы каловых масс — от твердых комочков до жидкой консистенции. Типы (градации) 1–2 соответствуют запору, 3–4 — нормальному стулу, а 5–7 — диарее. Характеристика стула типа 5 — в виде мягких маленьких шариков с ровными краями; тип 6 — рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул; тип 7 — водянистый, без твердых частиц [1].

Диарея представляет собой серьезную проблему для людей всех возрастов, но особенно — для детей, в первую очередь в связи с угрозой развития тяжелой гипо-

гидратации организма и метаболических расстройств, порой угрожающих жизни пациента.

У любого человека эпизоды диареи различной продолжительности и тяжести развиваются неоднократно. Так, у ребенка в возрасте до 5 лет в среднем наблюдается 2–3 случая диареи в год. Число эпизодов диареи не поддается подсчету, но ежегодно в мире, по данным международных организаций, связанных с системой здравоохранения, от диареи погибает около 5 млн детей. Большинство этих случаев первично связаны с инфекционными заболеваниями, в связи с чем ВОЗ уделяет этой проблеме самое пристальное внимание.

По характеру течения диарею подразделяют на острую и хроническую. Причины их различны. Хотя инфекционный фактор может иметь значение для развития любой диареи, он более характерен все-таки для острой диареи. При хронической диарее чаще выявляется врожденная или приобретенная патология органов пищеварения, в том числе врожденная непереносимость тех или иных компонентов пищи.

Основная причина диареи — инфекции. Наиболее актуальны в настоящее время вирусные инфекции, в первую очередь ротавирусная, возможно, как наиболее изученная. Среди бактериальных инфекций в мире встреча-

S.V. Belmer, T.V. Gasilina

Russian State Medical University, Moscow

Diarrhea in children: main causes and ways of treatment

The article discusses main questions of diagnostics of diarrhea in children. Main cause of acute diarrhea is infection, mainly viral (rotavirus, etc.). Chronic diarrhea frequently has non-infectious origin. The need of multi-aspect diagnostics of diarrhea cause in children is related to the significance of treatment of main disease. Besides, treatment of chronic and acute diarrhea include major component: adsorbents based on smectite. In total treatment of diarrhea has to be complex with the use of dietotherapy and medications: mucocytotectors, regulators of motoric, pre- and probiotics.

Key words: children, diarrhea, treatment.

ются случаи холеры, но значительно чаще — дизентерии и сальмонеллеза. Однако диарея может быть симптомом не только кишечных инфекций, при которых микроорганизм поражает желудочно-кишечный тракт, но и иных инфекций, например респираторных. В этом случае диарея становится проявлением общей реакции организма на вирус и его токсины.

Так называемая диарея путешественников — одно из частых остро протекающих заболеваний. Диареей путешественников страдают сотни тысяч людей, переезжающих из одного региона в другой, прежде всего речь идет о туристах. По статистике, почти 20% заболевших диареей проводят в постели не менее 1 дня, пропуская время экскурсий, отдыха или других дел; около 40% вынуждены вносить коррективы в свои планы, а 1% оказывается в больнице. В то же время для диареи путешественников характерно благоприятное течение, и большинство больных поправляются в течение нескольких дней. Чаще всего она развивается у людей, переезжающих из стран Европы, Северной Америки или Японии в страны Азии и Африки. Диарея путешественников чаще связана с активностью одной из разновидностей кишечной палочки, но может быть обусловлена и некоторыми другими микроорганизмами или вирусами. Кроме собственно диареи, при этой болезни возможны повышение температуры тела, боли в животе, тошнота, рвота [2, 3].

Диарея неинфекционного характера наблюдается при пищевой аллергии, непереносимости молочного сахара лактозы, а также злакового белка глютена (целиакии) и др. Она может быть связана с приемом лекарственных препаратов, например слабительных, а также антибиотиков, но это не должно быть поводом для отказа от их применения. Подчеркнем, что антибиотики при бактериальных инфекциях за относительно недолгую свою историю спасли миллионы жизней детей и взрослых; важно строго выполнять назначения — прием в определенных дозах и при должной продолжительности курса.

Одной из причин диареи неинфекционного характера является синдром раздраженной кишки (СРК). Это функциональное кишечное расстройство, проявляющееся абдоминальным болевым синдромом, нарушениями дефекации, метеоризмом. СРК — одно из наиболее частых заболеваний в практике гастроэнтеролога (40–70% пациентов).

Болевой синдром характеризуется многообразием проявлений в сочетании с запором, диареей, что и определяет классификацию этого заболевания. Римские критерии II (1999) предусматривали 3 варианта заболевания: с диареей, запором и метеоризмом; Римские критерии III (2006) подразделяют СРК уже на 4 подтипа: с диареей, запором, смешанный и недифференцированный. Подтип СРК определяется характером стула в соответствии с Бристольской шкалой форм кала, а также затрачиваемым в сутки временем на акт дефекации при любом типе стула. Последнее важно, чтобы различать смешанный и недифференцированный подтипы СРК, хотя с точки зрения клинициста принципиальной разницы между ними не наблюдается [4].

Патогенезу СРК посвящено большое число работ. Длительное время всю клиническую картину СРК объясняли нарушением моторики толстой кишки. Причиной же дискинезии считали дисбиотические нарушения, выявляемые у больных. Бактерии, присутствующие в толстой кишке, переводят непереващенные в тонкой кишке углеводы в короткоцепочечные жирные кислоты, которые затем выводятся в просвет кишки. Эти вещества частично поглощаются слизистой оболочкой кишечника, а также служат субстратом для микрофлоры кишечника, увеличивая ее биомассу. В дополнение к этому, короткоце-

почечные жирные кислоты снижают pH и увеличивают осмотическое давление.

Хотя патогенез СРК до конца не изучен, очевидно что для развития заболевания важны гиперчувствительность рецепторного аппарата толстой кишки, а также нарушения нервной регуляции ее моторики, тесно связанные с расстройствами вегетативной нервной системы и психической сферы. На характер течения заболевания влияют нарушения микробиоценоза кишечника, приводящие к изменению метаболических функций микробного сообщества, в частности к изменению выработки короткоцепочечных жирных кислот, необходимых для нормального функционирования кишечника. Многочисленные исследования демонстрируют значимую роль в развитии СРК перенесенной кишечной инфекции. Так, среди пациентов с СРК маркеры кишечных инфекций в копрофильтатах и сыворотке крови обнаруживаются в 62% случаев [5–7]. Синдром нарушенного кишечного всасывания (СНКВ) весьма многообразен, а его дифференциальная диагностика сложна. Возраст начала заболевания, а также его связь с теми или иными изменениями в жизни пациента, в первую очередь питанием на 1-м году жизни, являются важными дифференциально-диагностическими критериями. Отчетливое ухудшение состояния в ближайшие 30 мин после употребления молока (грудного, цельного, молочных продуктов детьми старшего возраста) с появлением на фоне беспокойства ребенка урчания в животе, его вздутия, болей, разжиженного стула (возможно появление одного симптома или их комбинации) характерно для лактазной недостаточности. Аналогичная картина после употребления продуктов, содержащих сахар (подслащенное питье или соки у грудных детей), наблюдается при сахарозной недостаточности; после употребления продуктов, содержащих глюкозу и галактозу (в том числе после молока, сахара и т.п.), но не фруктозу — при глюкозо-галактозной мальабсорбции. Связь с введением в питание глютеин-содержащих продуктов (манная, геркулесовая, овсяная каши и др.) характерна для целиакии (возможен латентный период 1–2 мес).

Характер диарейного синдрома может также сузить круг дифференциально-диагностического поиска. Разжиженный пенный с кислым запахом стул наблюдается при дисахаридазной недостаточности и глюкозо-галактозной мальабсорбции. Водная диарея может быть при инфекциях и инвазиях, постинфекционном энтерите (энтероколите), дисахаридазной недостаточности, глюкозо-галактозной мальабсорбции, пищевой аллергии и непереносимости белка коровьего молока, при некоторых гормон-продуцирующих опухолях, мастоцитозе, врожденных хлоридной или натриевой диарее, идиопатической семейной диарее, врожденной гиперплазии надпочечников. Жирный стул наблюдается при экзокринной недостаточности поджелудочной железы (муковисцидоз, изолированная недостаточность липазы, синдром Швахмана–Даймонда, хронический панкреатит) и при патологии кишечника, в том числе при целиакии, герпетиформном дерматите, постинфекционном энтерите (энтероколите), экссудативной энтеропатии, дисбактериозе кишечника, абеталипопротеидемии. Очень жирный стул (жирные капли вытекают из анального отверстия, жирное белье с трудом отстирывается, горшок плохо отмывается), нередко сочетающийся с эпизодами выпадения слизистой оболочки прямой кишки, с характерным запахом — при выраженной экзокринной недостаточности поджелудочной железы, муковисцидозе и врожденной липазной недостаточности.

Диарея с характерными кожными проявлениями наблюдается при пищевой аллергии и непереносимости белка коровьего молока, сочетание типичного кожного синдро-

Диарея,

изжога,

вздутие?

Со СМЕКТОЙ

об этом

забудете!

смекта®
diosmectite



- Быстро очищает кишечник от токсинов
- Способствует восстановлению слизистой кишечника

Перед применением, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по препарату. Номер рег. удостоверения П №015155/01 от 13.04.2009

IPSEN
Innovation for patient care

Ипсен Фарма

Россия, 109147, Москва, ул. Таганская, 19
Тел.: (495) 258 54 00. Факс: (495) 258 54 01

на правах рекламы

ма и алопеции — при энтеропатическом акродерматите, герпетиформных высыпаний — при герпетиформном дерматите. Диарея с костными аномалиями может быть при синдроме Швахмана–Даймонда, который характеризуется панкреатической недостаточностью и нейтропенией.

У детей с диареей обязательно исследуют кал на патогенную флору, яйца гельминтов, цисты лямблий (при наличии данных, настоятельно указывающих на инфекционный или паразитарный процесс, показано 3-кратное исследование через 2–3 дня), проводят копрологическое исследование. Стеаторея с увеличением экскреции триглицеридов характерна для экзокринной недостаточности поджелудочной железы (муковисцидоз, врожденная изолированная недостаточность липазы, синдром Швахмана–Даймонда, хронический панкреатит). Дифференциально-диагностическое значение в этих случаях имеют УЗИ поджелудочной железы, повышение содержания хлора в потовой жидкости (при муковисцидозе), исследование панкреатических ферментов в крови (повышение их уровня при остром панкреатите или обострении хронического) и стуле (эластазы 1 при различных вариантах абсолютной экзокринной панкреатической недостаточности), исследование крови (нейтропения при синдроме Швахмана–Даймонда).

Стеаторея с увеличением экскреции незэстерифицированных жирных кислот характерна для патологии кишечника: целиакии, герпетиформного дерматита, экссудативной энтеропатии, непереносимости белка коровьего молока, аномалий кишечника (в том числе при короткой тонкой кишке), абеталипопротеидемии, постинфекционного энтерита и некоторых других заболеваний.

Нормохромная, нормоцитарная или микроцитарная сидеропеническая анемия может быть результатом вторичного нарушения всасывания железа и/или белковой недостаточности при тяжелой мальабсорбции, в том числе при целиакии. Мегалобластная анемия наблюдается при дефиците транскобаламина II, при врожденной мальабсорбции фолиевой кислоты, но может быть при целиакии. Врожденная мальабсорбция фолиевой кислоты сопровождается тяжелой церебральной дегенерацией, лейкопенией, гиперсегментацией нейтрофилов, тромбоцитопенией. Акантоцитоз в периферической крови встречается при абеталипопротеидемии, сопровождающейся стеатореей 2-го типа, резким снижением уровня беталиппротеидов в крови. Нейтропения наблюдается при синдроме Швахмана. Эозинофилия характерна для пищевой аллергии, непереносимости белка коровьего молока, а также для некоторых гельминтозов.

Гипохлоремия, алкалоз типичны для врожденной хлоридной диареи, проявляющейся с рождения, со снижением уровня калия и хлора в крови, алкалозом, повышенной экскрецией хлора с калом.

Гипопротеинемия, гипопротеинемические отеки могут формироваться в результате мальабсорбции любой этиологии при нарушении всасывания белков, а также как проявление экссудативной энтеропатии, первичной (интестинальная лимфангиэктазия) или вторичной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. O'Donnell L.J., Virjee J., Heaton K.W. Detection of pseudo-diarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate // *Br. Med. J.* — 1990; 300: 439–440.
2. Oksanen P.J., Salminen S., Saxelin M. et al. Prevention of travellers' diarrhoea by *Lactobacillus GG* // *Ann. Med.* — 1990; 22: 53–56.
3. McFarland L.V. Meta-analysis of probiotics for the prevention of traveler's diarrhea // *Travel Med. Infect. Dis.* — 2007; 5: 97–105.
4. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al. Functional bowel disorders // *Gastroenterology.* — 2006; 130: 1480–1491.

Таким образом, диагноз при хронической диарее является результатом многопланового диагностического процесса.

Методы лечения диареи зависят от ее причины. Собственно диарея — это симптом какого-то другого заболевания, и лечить нужно именно его. Однако практически во всех случаях, независимо от причины, следует восполнять потерю воды и солей с помощью специальных или приготовленных в домашних условиях растворов, а также назначать адсорбенты, препараты, связывающие в кишечнике микробы и их токсины, не позволяющие им проявить свою активность и всасываться в кровь. Применяются также про- и пребиотические препараты, препараты панкреатических ферментов.

В настоящее время при лечении острой инфекционной диареи антибиотики применяются значительно реже, чем раньше, и, тем не менее, в ряде случаев они необходимы. Адсорбенты на основе смектита сегодня занимают прочное место в лечении острой и хронической диареи. В отличие от многих других адсорбирующих средств, диоктаэдрический смектит в составе препарата Смекта (Бифур Ипсен) не только эффективно связывает в кишечнике микробные токсины и блокирует их повреждающие эффекты, но образует на поверхности слизистой оболочки кишечника защитный слой, который предохраняет ее от повреждения и способствует процессам восстановления, т.е. обладает цитомукопротективным эффектом.

Смекта выпускается в виде порошка и упакована в пакетики. В зависимости от возраста больного в воде растворяют то или иное количество препарата и выпивают его. Доза и кратность приема определяются возрастом больного и тяжестью заболевания. При этом возрастных ограничений дозы нет: обычно она составляет 1–2 пакетика на прием для детей в возрасте 1–2 лет и 2–3 пакетика — для детей старше 2 лет. Смекта приятна на вкус, и у большинства детей не вызывает неудовольствия. Длительность терапии определяется основным заболеванием и может колебаться от однократного приема до 7–10 дней и более. При острых кишечных инфекциях средняя продолжительность применения препарата составляет 5 дней и определяется клинической картиной; при тяжелых поражениях кишечника она превышает 10 дней. Больным с синдромом мальабсорбции диоктаэдрический смектит может быть назначен в качестве вспомогательного средства на фоне выраженного диарейного синдрома — в этом случае продолжительность приема препарата колеблется в пределах 3–7 дней.

В целом, лечение диареи всегда требует комплексного подхода с использованием диетотерапии и лекарственных средств различных групп, включая как мукоцитопротекторы, так и регуляторы моторики, пре- и пробиотики и др. В основе профилактики острой диареи лежит соблюдение правил личной гигиены и рациональное питание. Неинфекционная диарея часто имеет хроническое течение и наследственный характер — в этих случаях большое значение имеют ранняя диагностика и адекватная терапия.

5. Aube A.C. Short-chain fatty acids. Their role in intestinal pathophysiology and therapeutic potential in gastroenterology // *Gastroenterol. Int.* — 1995; 8: 167–176.
6. Ручкина И.Н., Парфенов А.И., Петраков А.В., Осипов Г.А. Роль кишечных инфекций и дисбактериоза в формировании синдрома раздраженного кишечника // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* — 2004; 1: 106–110.
7. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Синдром раздраженного кишечника: алгоритм диагностики и стандарт лечения // *Consilium medicum.* — 2003; 5 (6): 330–336.