

В практику педиатра

О.А. Тутина, Э.Н. Федулова, В.Н. Копейкин, О.В. Фёдорова, А.Р. Богомолов

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий

Лечебное питание при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона у детей

Для пациентов с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона характерны нарушения нутритивного статуса, проявляющиеся дефицитом массы тела, обменными нарушениями, связанными с дефицитом белка, макро- и микроэлементов, энергетических субстратов. Питание играет ключевую роль не только в процессах роста и развития ребенка, но и является одним из важных факторов, определяющим адекватность течения воспалительного ответа, адаптационно-компенсаторных процессов. В статье рассматриваются вопросы лечебного питания при этой патологии, включая базисную диету, использование специализированных смесей и энтерального питания для коррекции белково-энергетических нарушений, а также в качестве самостоятельного метода лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: БОЛЕЗНЬ КРОНА, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ДЕТИ, ДИЕТА, ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КИШЕЧНИКА.

110

Контактная информация:

Тутина Ольга Анатольевна,
младший научный сотрудник отдела
патологии толстой кишки Нижегородского
НИИ детской гастроэнтерологии
Росмедтехнологий
Адрес: 603950, Нижний Новгород,
ул. Семашко, д. 22,
тел. (831) 436-67-06
Статья поступила 21.03.2008 г.,
принята к печати 14.08.2008 г.

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ВЗК): неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии, так как характеризуются тяжелым течением, частыми рецидивами, развитием местных и системных осложнений, неблагоприятным прогнозом и инвалидизацией. В отличие от язвенного колита, распространенность которого у детей на протяжении последнего десятилетия остается стабильной, отмечен неуклонный рост частоты выявления болезни Крона в детском возрасте в ряде европейских стран [1, 2]. По данным нашего института за период с 1995 по 2001 г. также отмечается четырехкратный рост числа пациентов с болезнью Крона по сравнению с периодом с 1988 по 1994 г. [3]. Примерно у 1/3 пациентов первая манифестация ВЗК происходит до достижения ими 18-летнего возраста, то есть в период активного роста и развития, что указывает на возрастающую актуальность данной проблемы в педиатрии [4]. Дети, страдающие этой тяжелой хронической патологией, как правило, имеют дефицит массы тела с уменьшением подкожно-жировой клетчатки и снижением тургора тканей (по нашим данным, отмечается у 40,3% детей с неспецифическим язвенным колитом и 54,2% детей с болезнью Крона), часто наблюдаются отставание в росте, задержка полового созревания, снижение минерализации костной ткани [3].

Нарушения нутритивного статуса при ВЗК обусловлены рядом причин.

◆ Недостаточное поступление питательных веществ в организм ребенка в результате:

O.A. Tutina, E.N. Fedulova, V.N. Kopeykin,
O.V. Fedorova, A.R. Bogomolov

Nizhniy Novgorod Research Institute of Gastroenterology,
Rosmedtechnology

Medical nutrition for non-specific ulcerative colitis and Crohn's disease in children

DISTURBANCES OF NUTRITIVE STATUS ARE TYPICAL OF PATIENTS WITH NON-SPECIFIC ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE WITH SUCH SYMPTOMS AS BODY WEIGHT DEFICIENCY, DISTURBANCE OF METABOLISM ASSOCIATED WITH THE LACK OF PROTEINS, MACRO- AND MICROELEMENTS, ENERGY SUBSTRATA. NUTRITION PLAYS A KEY ROLE NOT ONLY IN THE GROWTH AND DEVELOPMENT PROCESSES BUT ALSO IS ONE OF THE CRUCIAL FACTORS DETERMINING THE ADEQUACY OF THE INFLAMMATORY RESPONSE, ADAPTATION-COMPENSATORY PROCESSES. THE ARTICLE CONSIDERS ISSUES OF MEDICATED NUTRITION UNDER THIS PATHOLOGY, INCLUDING THE BASIC DIET, USAGE OF SPECIALIZED MIXES AND ENTERAL FEEDING TO CORRECT THE PROTEIN-ENERGY DISTURBANCES, AND AS AN INDEPENDENT TREATMENT METHOD.

KEY WORDS: CROHN'S DISEASE, NON-SPECIFIC ULCERATIVE COLITIS, CHILDREN, DIET, ENTERAL FEEDING, BOWEL DISEASE.

- уменьшения всасывательной поверхности слизистой оболочки из-за воспалительного процесса, или резекции части кишечника; ферментативной недостаточности (синдром мальабсорбции, синдром «короткой кишки»);
- отсутствие аппетита или отказ от приема пищи ввиду возникающих после еды болей в животе, метеоризма, тошноты.
- ♦ Повышенные потери питательных веществ (хроническая кровопотеря, обусловленная выделением крови с калом, экссудация кишечником белков плазмы крови).
- ♦ Увеличение энергозатрат в связи с развитием системного воспалительного процесса (повышение температуры тела, увеличение частоты пульса и дыхания, синтез белков «острой фазы»).

Кроме того, при системном воспалительном ответе наблюдается гиперпродукция мононуклеарами крови провоспалительных цитокинов, в частности интерлейкина 1 и фактора некроза опухоли альфа, которые подавляют синтез факторов роста и стимулируют катаболизм мышечного белка [5]. Задержку роста в связи с усилением катаболических процессов может усугублять длительная терапия кортикостероидами.

Питание играет ключевую роль в процессах роста и развития ребенка. Организм нуждается в достаточном количестве белка, жиров и углеводов, как источника энергии; микроэлементов и витаминов, определяющих эффективность антиоксидантной защиты организма. Белково-энергетический гомеостаз в условиях адекватного кислородного режима составляет основу жизнедеятельности организма и является фактором преодоления многих патологических состояний [6].

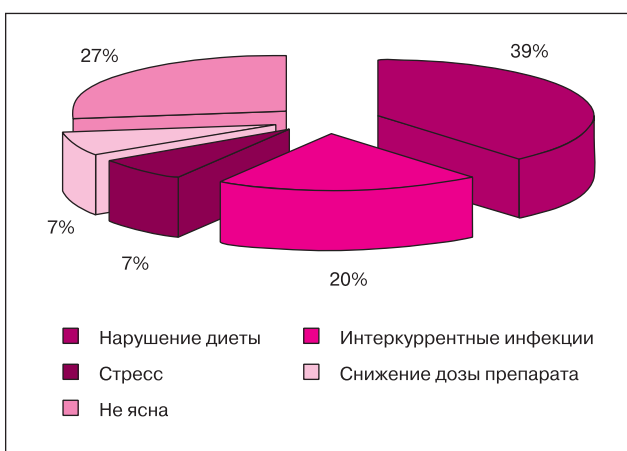
Неправильно подобранное питание приводит не только к дефициту многих макро- и микронутриентов. Кроме того, употребление продуктов, раздражающих слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта или вызывающих сенсibilизацию, может провоцировать обострение болезни, что влечет за собой необходимость госпитализации, увеличения дозы препаратов базисной терапии. По нашим данным, **более чем у трети пациентов с НЯК обострению заболевания предшествовало нарушение базисной диеты** (анализ факторов, предшествовавших обострению болезни у 71 пациента с установленным диагнозом неспецифического язвенного колита; рис. 1).

Учитывая вышеизложенное, диетотерапию следует рассматривать как одно из основных направлений в составе комплексного лечения хронических воспалительных болезней кишечника у детей.

Диета и заместительная коррекция дефицитных состояний. Лечебное питание должно строиться с учетом возраста ребенка, нозологии, фазы патологического процесса, характера функциональных и морфологических изменений кишечника, сочетанной патологии органов пищеварения.

Общепризнанной формулы диетического питания при ВЗК у взрослых пациентов и у детей не существует [7, 8]. Задача врача состоит в том, чтобы подобрать больному индивидуальную диету, которая не вызывала бы у него неприятных субъективных ощущений и способствовала бы сохранению длительной ремиссии. Рекомендуется ведение пищевого дневника родителям больного ребенка с учетом рациона и характера стула для своевременной диагностики непереносимости отдельных продуктов и диетической коррекции.

Рис. 1. Частота причин обострения неспецифического язвенного колита у детей



В условиях стационара при обострении неспецифического язвенного колита и болезни Крона у детей рекомендуется лечебный рацион на основе диеты № 46. При правильной кулинарной обработке пища оказывает щадящее воздействие на слизистую оболочку желудка. Пища отваривается, или готовится на пару, или в духовке. Жареное, маринады, соленья, копчености, консервы запрещаются. Исключаются также продукты, раздражающие слизистую оболочку: лук, чеснок, перец, острые пряности. Прием пищи рекомендован 5–6 раз в день. Диета предусматривает увеличение квоты белка на 15–20% по отношению к возрастной норме (за счет продуктов животного происхождения: мяса, рыбы, яиц), при нормальном содержании жиров и углеводов.

В связи с наличием у больных неспецифическим язвенным колитом пищевой сенсibilизации прежде всего к белкам коровьего молока, из рациона полностью исключается молоко и молочные продукты: творог, кефир, сметана, сыр (кроме сливочного (топленого) масла), а также облигатные аллергены: мед, земляника, цитрусовые, малина, кофе, какао; тропические фрукты: ананас, киви; грибы [9, 10]. Пациентам с болезнью Крона в период ремиссии разрешается сыр.

В период обострения из питания также исключаются продукты с грубой клетчаткой, способствующие усилению перистальтики кишечника и развитию метеоризма (белокочанная капуста, огурцы, бобовые, морковь, свекла, томаты, репа, редис, слива), фрукты и соки (кроме сока граната и черноплодной рябины). При купировании диареи возможно осторожное введение вареных овощей (кабачок, тыква), спелой зеленой груши без кожуры, банана (с учетом индивидуальной переносимости). Расширение диеты проводится постепенно, один продукт — 1 раз в день, с небольшого количества, с последующим наблюдением в течение 2–3-х дней. При ухудшении стула продукт должен быть немедленно исключен из питания. В периоде ремиссии в ограниченном количестве разрешаются варенье, печенье «безе», зефир, пластовый фруктовый мармелад, грецкие орехи [9].

При активном терминальном илеите или резекции подвздошной кишки нарушается реабсорбция солей желчных кислот, снижается их концентрация в желчи, что приводит к нарушению эмульгирования и абсорбции жиров и жирорастворимых витаминов. Невсосавшиеся желчные кислоты усиливают перистальтику толстой кишки,

нарушают всасывание воды и электролитов, стимулируют активность аденилатциклазы, усугубляя диарею. У больных терминальным илеитом неабсорбированные жиры в толстой кишке связывают кальций, а избыток щавелевой кислоты всасывается в кровь и ведет к образованию оксалатных камней в почках. В связи с этим пациентам с болезнью Крона рекомендуется ограничить продукты с высоким содержанием щавелевой кислоты (ревень, щавель, шпинат, петрушка). Диетическая коррекция мальабсорбции жиров заключается в замене 50–60% липидного компонента диеты среднецепочечными триглицеридами, которые не нуждаются в эмульгировании и всасываются без участия желчных кислот [10]. Дефицит витаминов и микроэлементов отмечается как у пациентов с язвенным колитом, так и с болезнью Крона (табл. 1) [11]. Коррекция дефицита железа обеспечивается в диете мясными продуктами. Назначения препаратов железа внутрь следует избегать, учитывая их побочное действие на желудочно-кишечный тракт с развитием диспепсии, по показаниям используется парентеральное (внутримышечное, внутривенное) их введение. У пациентов с болезнью Крона из-за развития терминального илеита или резекции этого отдела нарушается абсорбция витамина В₁₂. Дефицит цинка вызывает нарушение клеточного иммунитета, появление экзематозных высыпаний, усугубляет диарейный синдром, приводит к снижению вкусовых ощущений и анорексии. Наряду с потерей витаминов и микроэлементов через кишечник причиной такого дефицита является терапия кортикостероидами и сульфасалазином [7]. Целесообразно дополнительное назначение препаратов фолиевой кислоты внутрь (на весь период приема сульфасалазина), проведение повторных курсов препаратов кальция с витамином D, поливитаминов с микроэлементами, витаминов А и Е.

Энтеральное и парентеральное питание. Возможность использования полного парентерального питания как первичного метода лечения и его способность уменьшать активность тяжело протекающего язвенного колита и болезни Крона у детей остаются недостаточно изученной. Парентеральное питание применяется как дополни-

тельное в случаях выраженной недостаточности питания или как полное при наличии таких осложнений, как кишечная непроходимость, токсическая дилатация толстой кишки, тяжелые нарушения всасывания. Применяются аминокислотные смеси, жировые эмульсии, электролиты, стандартные растворы глюкозы, витамины и минеральные вещества. Проведение парентерального питания требует тщательного мониторинга, так как может привести к ряду метаболических нарушений (гипер- и гипогликемия, нарушение электролитного баланса, повышение уровня трансаминаз, холестатический эффект, обменные болезни костей, почечная недостаточность), осложнениям, связанным с установкой или инфицированием катетера [12].

В отличие от парентерального питания, проведение нутритивной поддержки с помощью энтерального питания не сопряжено с серьезными осложнениями, является более физиологическим методом, так как способствует поддержанию функции желчеотделения и поджелудочной железы, служит стимулом для выработки гастроинтестинальных пептидов, способствует восстановлению всасывательной и моторно-эвакуаторной функций кишечника и сохранению защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы от системной микроциркуляции. К энтеральному питанию относятся все способы введения питательных веществ в организм больного в жидком виде: зондовое (tube feeding) внутрижелудочное, внутрикишечное, через стому. Пероральный самостоятельный прием жидкой питательной смеси маленькими глотками называется сиппинговым питанием (sip feeding).

Энтеральное питание применяется в качестве самостоятельного метода лечения, а также в комбинации с лекарственной терапией. Последние исследования показали высокую эффективность энтерального питания при лечении болезни Крона — достигалась не только коррекция дистрофических нарушений и дефицитных состояний, но и индукция ремиссии не менее успешно, чем при применении глюкокортикостероидов [13, 14].

Для проведения энтерального питания существуют специальные смеси, в состав которых входят все компоненты, обеспечивающие суточные потребности пациента в питательных веществах. Выделяют три группы смесей для энтерального питания: элементные диеты (смеси на основе аминокислот), полуэлементные (диеты, содержащие олигопептиды) и полимерные диеты (высокомолекулярные смеси на основе цельного белка). Компоненты элементной смеси в виде аминокислот, моносахаридов, короткоцепочечных триглицеридов полностью всасываются в проксимальном отделе тощей кишки, являются безшлаковыми, неантигенными. Смеси имеют высокую осмолярность (до 800 мосмоль/л), неприятный вкус. Переносимость данных смесей улучшается их капельным введением через зонд или с помощью насосного устройства непрерывно в течение 12–24 часов, что позволяет уменьшить чувство тяжести и выраженность осмотических побочных эффектов.

Полуэлементные смеси имеют ряд преимуществ перед аминокислотными и белковыми, так как лучше всасываются в верхних отделах тонкой кишки. Белковый компонент представлен гидролизатами белка (казеина или сывороточных белков молока, белков сои, бычьей сыворотки и пр.), что обеспечивает их низкую антигенность. Эти смеси могут использоваться для введения через зонд и в качестве напитка, так как имеют более приятный вкус. Смеси также являются безшлаковыми, низко-

Таблица 1. Частота нутритивных нарушений при воспалительных заболеваниях кишечника [10]

	Болезнь Крона	Язвенный колит
Дефицит массы	70%	18–55%
Непереносимость лактозы	30–40%	25–65%
Гипоальбуминемия	25–80%	0–10%
Анемия	25–85%	22–68%
• фолиево-дефицитная	50–79%	5–20%
• В ₁₂ -дефицитная	16–39%	8–30%
• железододефицитная	10–44%	30–80%
Костная патология	24–39%	0–15%
Синдром недостаточности эссенциальных жирных кислот	2–5%	0–2%
Дефицит кальция	20–60%	0–46%
Дефицит магния	30–68%	2–55%
Дефицит цинка	42–92%	12–52%

или безлактозными. Назначение смесей на основе гидролизатов целесообразно детям младшего возраста, часто имеющим сенсibilизацию к белкам коровьего молока, яйцу, глютену, что утяжеляет течение болезни. Могут быть использованы такие смеси как Nutrilon Pepti-MCT (Nutricia), Alfare (Nestle), Pregestimil (Mead Johnson). Смеси адаптированы для детей до года, но могут быть использованы в качестве дополнительного питания и у более старших детей. Для детей в возрасте с 1 года до 10 лет адаптирована смесь Peptamen Junior, а для детей старше 10 лет и взрослых — смесь Peptamen (Nestle). Белковый компонент смеси представлен пептидами, полученными при гидролизе сывороточных белков; жировой — среднецепочечными триглицеридами, соевым маслом и соевым лецитином; углеводный — мальтодекстрином. Смесь не содержит лактозу и глютен, имеет невысокую осмолярность, что снижает риск развития осмотической диареи. Она отличается от других смесей на основе пептидов, имеющих специфический горьковатый привкус, приятным ванильным вкусом. В литературе приводится опыт применения смеси Peptamen (Nestle) взрослым пациентам с неспецифическим язвенным колитом, перенесшим обширную резекцию толстой кишки, в качестве основного питания в течение 5 дней после операции на фоне базисной терапии. Отмечена меньшая выраженность послеоперационного пареза кишечника, повышение уровня альбумина, уменьшение кишечного отделяемого по илеостоме по сравнению с группой пациентов, перенесших сходные операции, но не получавших энтеральное питание [12]. Полимерные диеты представляют собой сбалансированные смеси на основе цельного белка (чаще молочного, соевого), что несколько ограничивает их применение из-за антигенных свойств. Приятный вкус смесей облегчает их назначение детям. Следует отметить относительно низкую стоимость в сравнении с полуэлементными смесями.

Новым перспективным направлением является лечебное питание с использованием так называемых иммуномодулирующих продуктов, примером которых является специально разработанная для пациентов с хроническими воспалительными болезнями кишечника смесь «Modulen IBD» (Nestle). Смесь обогащена естественным противовоспалительным фактором роста (Transforming Growth Factor — TGF- β_2) — полипептидом, который участвует в обеспечении роста и дифференцировки эпителиальных клеток кишечника, а также в иммунной регуляции, подавляя синтез провоспалительных цитокинов. Этот полипептид обнаруживается как в женском, так и в коровьем молоке, но разрушается при обычных способах его обработки. Содержание TGF- β_2 в смеси составляет более 24 ppm. Белковый компонент продукта представлен казеинами, углеводный — полимерами глюкозы и сахарозой, жировой — смесью молочного жира, кукурузного масла и среднецепочечными триглицеридами. Продукт содержит адекватное количество витаминов, минеральных веществ (табл. 2). Смесь не содержит лактозу и глютен, может применяться у детей с 5 летнего возраста. Высокая эффективность энтерального питания с использованием указанной полимерной смеси детям с болезнью Крона продемонстрирована в двух исследованиях. В первом проспективном исследовании 29 пациентов с тяжелой и среднетяжелой формой болезни Крона получали смесь в качестве монотерапии и единственного источника питания на протяжении 8 нед. За исключением



Полноценное
ПИТАНИЕ-ЗДОРОВЬЕ
РЕБЕНОК!

Если ребенок
много и интенсивно
учится

При отставании
в росте и весе

Если ребенок плохо
ест, часто болеет

При больших
физических нагрузках
и занятиях спортом

Реклама. Товар сертифицирован



Телефон бесплатной горячей линии 8-800-200-7-200,
109004 Москва, а/я 74. E-mail: consumer.services@ru.nestle.com
www.nestle.ru

Таблица 2. Информация о пищевой ценности продукта «Modulen IBD» (Nestle)

Пищевая ценность, среднее содержание	В 100 мл готовой смеси
Энергетическая ценность, Ккал кДж	100 420
Белок (14% от общего поступления энергии), г	3,6
Углеводы (44% от общего поступления энергии), г	11
Жиры (42% от общего поступления энергии), г в том числе:	4,7
• линолевая кислота, г	0,43
• α-линоленовая кислота, г	0,04
• среднецепочечные триглицериды, г	1,2
Холестерин , мг	6,7
Микро и макроэлементы:	
• натрий, г	0,035
• калий, мг	120
• кальций, мг	91
• фосфор, мг	61
• магний, мг	20
• хлор, мг	75
• железо, мг	1,1
• цинк, мг	0,96
• медь, мг	0,10
• марганец, мг	0,20
• фтор, мкг	< 2,0
• хром, мкг	5,1
• молибден, мкг	7,5
• селен, мкг	3,5
• йод, мкг	10
Витамины:	
• витамин А, мкг	84
• витамин D, мкг	1,0
• витамин Е, мг	1,3
• витамин К, мкг	5,5
• витамин С, мг	9,7
• тиамин (витамин В ₁), мг	0,12
• рибофлавин (витамин В ₂), мг	0,13
• пантотеновая кислота (витамин В ₅), мг	0,5
• витамин В ₆ , мг	0,17
• витамин В ₁₂ , мкг	0,32
• ниацин (витамин Р _р), мг	1,2
• фолиевая кислота, мкг	24
• биотин, мкг	3,2
• холин, мг	7,2
• инозит, мг	4,1

одного ребенка, все дети принимали индивидуально рассчитанный объем смеси (в среднем, 250 мл) перорально с хорошей переносимостью. Была достигнута положительная клиническая и биохимическая динамика (снижение С-реактивного белка), улучшение эндоскопической и гистологической картины со стороны слизистой оболочки кишечника, а также достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкина 1, интерлейкина 8, интерферона α) в биоптатах подвздошной и толстой кишки, что позволило достигнуть длительной ремиссии у 75% детей [15]. Во втором открытом, проспективном, рандомизированном исследовании 19 пациентов с активной стадией болезни Крона получали полимерную диету «Modulen IBD» в течение 10 нед и 18 — метилпреднизолон внутрь (1,6 мг/кг в сут) в течение 4-х нед, с последующим снижением дозы. Было показано, что нутритивная терапия так же эффективна для индукции клинической ремиссии, как и короткий курс кортикостероидной терапии, и достоверно более эффективна для восстановления слизистой, что было подтверждено эндоскопически и гистологически через 10 нед от начала терапии [13].

На базе нашего института мы имеем опыт применения смеси «Modulen IBD» в качестве дополнительного питания. Смесь назначалась в дозе 200–600 мл в сут (в среднем по 150 мл на второй завтрак и полдник) в течение 3–6 нед дополнительно к безмолочному диетическому столу (№ 4 по Певзнеру). Под наблюдением находилось 8 детей (4 девочки, 4 мальчика) в возрасте от 2 до 16 лет (средний возраст 11,1 года). Четверо пациентов были с диагнозом неспецифический язвенный колит и четверо — с болезнью Крона. Трое детей находились в послеоперационном периоде, оперативное вмешательство выполнялось в связи с развитием осложнения болезни Крона (стенозирование кишки). Хирургическое лечение включало резекцию илео-цекального отдела (у 2-х пациентов), нисходящего и сигмовидного отдела толстой кишки (у 1 ребенка). До назначения лечебного питания физическое развитие было нормальным лишь у 1 пациента, остальные наблюдавшиеся имели дефицит массы тела (табл. 3). При использовании смеси в качестве дополнительного продукта у 7 из 8 пациентов была отмечена хорошая переносимость. Отрицательная реакция на применения смеси была у одного ребенка с неспецифическим язвенным колитом на 5–6-й день приема в виде

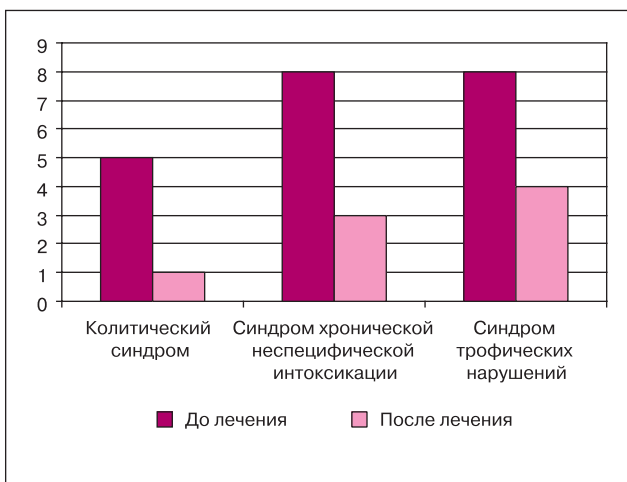
Таблица 3. Характеристика группы пациентов (n = 8), получавших смесь лечебного питания

Характеристика группы:		Количество детей
Диагноз:	Неспецифический язвенный колит, тотальная форма, непрерывно-рецидивирующее течение	4
	эндоскопическая активность 1 ст.	1
	эндоскопическая активность 2 ст.	3
	болезнь Крона	4
	Подвздошная кишка	1
Физическое развитие:	Подвздошная кишка + аноректальная зона	2
	Толстая кишка	1
	Нормальное	1
Сопутствующая патология:	Дефицит массы тела	7
	Хронический гастродуоденит	6
	Дискинезия желчевыводящих путей	6
	Дисбиотическое состояние кишечника	8

появления примеси крови в кале, которая купировалась после назначения сорбентов и отмены смеси. Клинико-анамнестические данные у этого пациента позволяют связать реакцию с индивидуальной непереносимостью белка казеина. У всех детей, получавших смесь полным курсом в составе комплексной терапии, отмечена положительная клиническая динамика в виде улучшения самочувствия, уменьшения выраженности астении, трофических нарушений, прибавки в массе от 500 г до 4 кг, снижения клинико-лабораторных показателей активности по основному заболеванию. Кроме того, имело место улучшение характера стула (снижение кратности до 1–2 раз в день, густая консистенция) (рис. 2). Дополнительно следует отметить хорошие вкусовые качества смеси, что обеспечивает повышение аппетита, положительный эмоциональный настрой ребенка и заменяет в питании молоко детям, чувствующим себя ущербными на постоянной безмолочной диете. Смесь может быть использована у детей с хроническими воспалительными болезнями кишечника в активной фазе болезни, а также в послеоперационном периоде, за исключением пациентов, имеющих непереносимость казеина.

Таким образом, на современном этапе лечебное питание рассматривается как один из методов патогенетической терапии хронических воспалительных болезней кишечника. Диетотерапия должна строиться индивидуально с учетом возраста ребенка, нозологии, фазы патологического процесса, характера функциональных и морфологических изменений кишечника, сочетанной патологии органов пищеварения. Перспективным направ-

Рис. 2. Количество детей, имеющих проявления болезни до и после лечения



лением представляется применение энтерального (зондового и сиппингового) питания с использованием специализированных смесей, как в качестве дополнительной терапии к медикаментозному лечению с целью коррекции белково-энергетической недостаточности, так и в качестве эффективной монотерапии с целью индукции и поддержания ремиссии, а также разработка схем адекватной нутритивной поддержки для детей с язвенным колитом и болезнью Крона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Румянцев В.Г., Щиголева Н.Е. Неспецифический язвенный колит у детей // Consilium medicum, приложение «Гастроэнтерология». — 2002. — № 2. — С. 20.
2. Румянцев В.Г., Щиголева Н.Е. Болезнь Крона в детском возрасте // Consilium medicum приложение «Гастроэнтерология». — 2002. — № 2. — С. 17.
3. Богомолов А.Р. Клинические особенности заболеваний, протекающих с кровью в стуле у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Нижний Новгород, 2002. — С. 22.
4. Беренс Р., Бударус Ш., Келлер К. и др. Болезнь Крона и язвенный колит у детей и подростков. Практическое руководство. — Dr. Falk Pharma GmbH, 2005. — С. 6.
5. Bistran B. Role of the systemic inflammatory response in the development of protein-energy malnutrition in Inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Diseases: Nestle Nutrition Workshop Series Clinical & Performance Programme. 1999. — V. 2. — P. 1–6.
6. Хайтович Н.В. Клиническое питание в педиатрии (обзор литературы) // Здоровье Украины. — 2007. — № 5/1. — С. 34–36.
7. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. Пер. с немецкого. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — С. 296–303; 427–429.
8. Беренс Р., Бударус Ш., Келлер К. и др. Болезнь Крона и язвенный колит у детей и подростков. Практическое руководство. Dr. Falk Pharma GmbH. — 2005. — С. 46.

9. Каншина О.А., Каншин Н.Н. Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых). — М.: Биоинформсервис, 2002. — С. 212.
10. Рославцева Е.А., Боровик Т.Э., Мазанкова Л.Н. Современные представления о лечебном питании при болезни Крона в детском возрасте // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т. 1, № 2. — С. 24–27.
11. Muller S. Diet in Chronic Inflammatory Bowel Disease. Information for doctor and patient. — Falk Foundation, 2000. — V. 7. — P. 48.
12. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) клиника, диагностика и лечение. — М.: Миклош, 2004. — С. 88.
13. Borelli O. et al. Polymeric diet alone versus corticosteroids in the treatment of active pediatric crohn's disease: a randomized controlled open-label trial // Clinical Gastroenterol. and Hepatol. — 2006. — V. 4. — № 6. — P. 1–10.
14. Griffiths A. Enteral nutrition in children. Inflammatory bowel disease. Nestle Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programme. — 1999. — № 2. — P. 31–33.
15. Fell J.M., Paintin M., Arnaud-Battandier F. et al. Mucosal healing and a fall in mucosal pro-inflammatory cytokine mRNA induced by a specific oral polymeric diet in paediatric Crohn's disease // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2000. — V. 14, № 3. — P. 281–289.