

И.Н.ЗАХАРОВА, д.м.н., профессор, Н.А.КОРОВИНА, д.м.н., профессор,
Л.А.КАТАЕВА, И.В.БЕРЕЖНАЯ, ГОУ ДПО Российская медицинская академия
последипломного образования Росздрава, Москва

Лечение хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей

Хронические колиты у детей — гетерогенная группа хронических воспалительных заболеваний толстой кишки (ВЗК), для которых, в отличие от функциональных нарушений, характерны изменения слизистой воспалительного, дистрофического или деструктивного характера. ВЗК встречаются в практике педиатра не столь редко, как может показаться на первый взгляд. К возникновению хронических колитов в детском возрасте предрасполагают неправильное вскармливание, наличие хронических очагов инфекции, длительная антибактериальная терапия, врожденные аномалии развития кишечника и др. У ряда больных заболевание возникает под влиянием сосудистых нарушений, эндокринных расстройств, белковой и витаминной недостаточности, аллергических факторов. Возможно развитие ВЗК смешанной этиологии, например при сочетании инфекционного и алиментарного факторов. Нередки случаи, когда хронический колит возникает на фоне других заболеваний ЖКТ (хронический панкреатит, холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки).

Относительно причин возникновения хронического воспаления в толстой кишке у детей существует несколько гипотез, каждая из которых имеет право на существование. Генетическая природа хронических ВЗК подтверждается более высокой заболеваемостью среди монозиготных близнецов, и особенно — у пациентов с отягощенным семейным анамнезом. В патогенезе хронических ВЗК имеют значение иммунологические нарушения, характерные для аутоиммунных заболеваний, о чем свидетельствуют системность

патологические изменения слизистой оболочки толстой кишки инфекционной этиологии, возникающие на фоне течения острой кишечной инфекции (бактериальной, вирусной, паразитарной), как правило, исчезают после выздоровления. Однако у части детей с отягощенным фоном, неблагоприятным анамнезом может развиваться неспецифическое воспаление слизистой оболочки толстой кишки, а инфекционный агент является только пусковым механизмом развития воспалительного процесса. Отмечены сезонные колебания обострений болезни Крона, что предполагает наличие сезонных или эндогенных факторов, которые участвуют в развитии рецидивов ВЗК.

Таким образом, общепризнано, что хроническое ВЗК формируется у ребенка в ответ на многофакторные воздействия окружающей среды, особая восприимчивость к которым может быть обусловлена генетическими особенностями.

ВЗК можно условно разделить на две группы: инфекционной и неинфекционной природы. ВЗК инфекционной этиологии возникают в результате кишечной инфекции (бактериальной, вирусной или паразитарной) и, как правило, исчезают после выздоровления. Морфологические изменения слизистой оболочки толстой кишки при различных неинфекционных воспалительных заболеваниях неодинаковы, что и позволяет выделить нозологические формы:

- язвенный колит;
- болезнь Крона;

поражения, лимфоплазматическая инфильтрация тканей в очаге поражения, наличие тканевых аутоантител, связь с определенными HLA-антигенами, эффективность лечения кортикостероидами и иммуносупрессантами. Эти признаки присущи не только язвенному колиту и болезни Крона, но и аллергическому (эозинофильному), коллагеновому, лимфоцитарному колитам, болезни Бехчета. Вос-

Таблица 1. Действие препаратов 5-АСК в ЖКТ человека

Препараты	Преимущественное действие в зависимости от локализации воспаления			
	12-перстная кишка	Тощая кишка	Подвздошная кишка	Толстая кишка
Пентаса	+	+	+	+/-
Салофальк	-	-	+	+
Сульфасалазин	-	-	-	+

- ишемический колит;
- коллагеновый колит;
- лимфоцитарный колит;
- микроскопический колит;
- радиационный колит;
- эозинофильный колит;
- синдром Бехчета;
- колиты, обусловленные приемом лекарственных препаратов.

Особо следует выделить псевдомембранозный колит, имеющий сочетанную природу воспаления слизистой оболочки толстой кишки. Для него характерна морфологическая картина хронического воспаления и выделение из кала больных *Clostridium difficile*.

Клиническое обследование больных с ВЗК включает тщательный сбор анамнеза. Нередко удается выявить связь начала заболевания с перенесенной респираторной, кишечной инфекцией, приемом антибиотиков. Больные жалуются на нарушения аппетита, что может являться отражением синдрома эндогенной интоксикации, а также объясняться железодефицитным состоянием на фоне кишечных кровотечений. Лихорадка может быть связана с наличием инфекционных очагов в брюшной полости и наиболее характерна для болезни Крона. Понос со слизью и кровью является частым симптомом ВЗК. Наличие патологических примесей в стуле (кровь, гной, слизь и др.) у пациентов с данной патологией не является редкостью. Клиническое обследование больных с ВЗК должно начинаться с осмотра, оценки общего состояния, наличия симптомов интоксикации. Для длительно текущего процесса или при остром начале заболевания характерны потеря веса, снижение тургора тканей, ломкость волос и ногтей, метаболические нарушения, выраженная общая слабость. Пальцевое исследование прямой кишки применяется после визуального осмотра анальной области и позволяет выявить стеноз или деформацию прямой кишки, объемные образования, каловый камень и др. Если исследование выполнено аккуратно и безболезненно для ребенка, можно определить тонус сфинктеров. Необходимо обязательно осматривать кал ребенка. В начальном периоде колита возможно развитие запора как проявление защитной реакции прямой кишки в ответ на воспаление. Первая порция кала у ребенка с колитом может быть плотная, фрагментированная, а вторая — чаще кашицеобразная или жидкая. Как правило, увеличено число дефекаций, но объем стула небольшой. Цвет кала обычно коричневый с незначительной вариацией оттенков. Часто выявляются примеси крови, слизи, гноя, гельминты и простейшие.

Копрологическое исследование позволяет выявить слизь, лейкоциты и эритроциты. В клиническом анализе крови часто определяется ускорение

СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофилезом, реже появляется сдвиг формулы влево. Анемия в начале заболевания может отсутствовать. В случае ее развития она часто сопровождается ретикулоцитозом. При значительных и длительных кровотечениях возможно развитие гипорегенераторной анемии с тромбоцитопенией. Биохимическое исследование крови позволяет выявить снижение сывороточного железа, общего белка, альбумина, электролитные нарушения, пропорциональные выраженности диареи. В остром процессе отмечается повышение СРБ и серомукоида. Необходимо исследование коагулограммы. У больных колитом важно проводить динамическое наблюдение за уровнем печеночных трансаминаз, особенно при условии длительного приема препаратов 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК). Бактериологическое исследование кала позволяет выявить нарушение кишечного микробиоценоза, исключить кишечную инфекцию.

Для диагностики хронических воспалительных заболеваний толстой кишки (ВЗТК), при невозможности проведения колонофиброскопии, в качестве вспомогательных методов могут применяться ирригография и ирригоскопия. Эзофагогастродуоденоскопия должна проводиться всем пациентам с подозрением на ВЗК, но, в первую очередь, при подозрении на болезнь Крона, при которой возможны другие внекишечные проявления заболевания. Ректороманоскопия (проктосигмоскопия) дает информацию только о конечных отделах толстой кишки, что является существенным недостатком метода. В настоящее время колоноскопия с биопсией слизистой оболочки толстой кишки считается «золотым стандартом» диагностики язвенного колита и болезни Крона.

Морфологическое исследование биоптата при ВЗК дает четкую характеристику состояния слизистой толстой кишки и помогает решить вопрос о характере и глубине поражения тканей, стадии заболевания, а также контролировать эффективность проводимого лечения.

Ультразвуковое исследование толстой кишки позволяет уточнить состояние и структуру кишечной стенки и проводится с использованием секторального, конвексного или линейного датчика 5 МГц в 3 этапа: до наполнения кишки жидкостью, при наполнении и после ее опорожнения.

Лечение ВЗК представляет собой сложную проблему и включает проведение:

- диетотерапии;
- противовоспалительной терапии;
- иммуносупрессивной терапии;
- иммуномодулирующей терапии;
- коррекции дисбиоза кишечника (пробиотики, бактериофаги);
- фитотерапии;

- витаминотерапии;
- соблюдение лечебно-охранительного режима;

В острый период заболевания назначается диета №4 по И.М.Воронцову и А.В.Мазурину, в период ремиссии диета может приближаться к возрастной. Исключаются продукты, которые обычно плохо переносятся пациентами (молоко, сырые овощи и фрукты, орехи, жирные сорта мяса и рыбы), продукты, способствующие повышенному газообразованию. Молочные продукты должны полностью исключаться, и только в период ремиссии допускаются зрелые сыры. На фоне ремиссии детям назначают на длительное время стол №5, корректируемый с учетом индивидуальной переносимости продуктов. У пациентов с пищевой аллергией исключаются причинно-значимые аллергены, а также продукты, обладающие «либераторным» действием — клубника, земляника, мед, цитрусовые, шоколад и т.д. В настоящее время на российском фармацевтическом рынке имеется сухая полноценная сбалансированная смесь на основе казеина modulen IBD, которая предназначена для лечебного питания больных с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. Смесь содержит трансформирующий фактор роста $\beta 2$ (TGF- $\beta 2$), оказывающий противовоспалительное действие. Она может использоваться в качестве основного продукта питания в активную фазу болезни или как дополнительное питание в любую фазу заболевания. К сожалению, данный продукт разрешен детям только с 5-летнего возраста, поэтому до 5 лет целесообразно использовать смеси на основе белковых гидролизатов (Нутрилон пепти ТСЦ, Прегестимид, Нутрамиген, Алфаре, Фрисопеп АС).

Парентеральное питание проводится при наличии:

- хронической частичной кишечной непроходимости вследствие стриктур кишечника;
- свищей тонкой и толстой кишки;
- острой токсической дилатации толстой кишки;
- необходимости предоперационной подготовки или в послеоперационный период.

Лечебно-охранительный режим при обострении заболевания предусматривает ограничения физической нагрузки. Больным с тяжелым течением заболевания в активную фазу болезни необходим строгий постельный режим. При улучшении общего состояния целесообразно подключить лечебную физкультуру, оздоровительный массаж и водные процедуры.

Согласно международным стандартам, к противовоспалительным средствам первого ряда при лечении воспалительных заболеваний толстой кишки относят препараты 5-АСК.

Сульфасалазин представляет собой азосоединение сульфамиридина и 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК). Под влиянием кишечной микрофлоры

препарат распадается в толстой кишке на 5-АСК и сульфонамид. Действующим компонентом сульфасалазина является 5-АСК, в то время как сульфамиридин препятствует расщеплению препарата в тонкой кишке и его преждевременному всасыванию. Основным механизмом действия 5-АСК заключается в ингибировании циклооксигеназного и липоксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты и подавлении синтеза активных медиаторов воспаления — простагландинов и лейкотриенов. В то же время с неактивной сульфаниламидной частью связаны значительные побочные эффекты. Препарат не оказывает терапевтического действия при локализации процесса проксимальнее баугиниевой заклонки, а также у больных с лихорадкой, снижением массы тела и при наличии системных поражений. Возможно развитие фолиеводефицитной анемии, развивающейся в результате конкурентного связывания сульфасалазина с системой транспорта фолиевой кислоты. Гораздо реже анемия бывает связана с развитием гемолиза на фоне приема высоких доз препарата. Если даже при снижении дозы сульфасалазина гемолиз нарастает, препарат необходимо отменить. У части больных на ранних стадиях лечения препаратом появляется лихорадка, кожная сыпь, развивается лейкопения и агранулоцитоз. Эти явления обусловлены гиперчувствительностью к сульфаниламидной части лекарственного средства. В ряде случаев снизить вероятность побочных явлений позволяет особая методика приема сульфасалазина, согласно которой лечение начинается с 1/8—1/4 таб./сут. с постепенным увеличением дозы каждые 3—7 дней до терапевтической (до 4 таб./сут.). Для уменьшения побочных эффектов сейчас используются препараты 5-АСК в чистом виде. В этих препаратах 5-АСК заключена в энтеросолюбильные капсулы или микрокапсулы, что позволяет освободиться действующему началу в различных отделах кишечника. Препараты 5-АСК назначают по 0,5 грамма 3—4 раза в день длительно, в зависимости от характера поражения кишки. Наличие новых форм препаратов 5-АСК позволяет дифференцированно подходить к выбору препарата в зависимости от локализации воспалительного процесса. Так, при поражении тонкой и подвздошной кишки, правых отделов толстой кишки целесообразно назначение пентасы, салофалька. В фазе обострения заболевания максимальная доза назначается на 1—2 мес. с постепенным ее снижением в период ремиссии.

Детям старше 2 лет препараты 5-АСК назначают из расчета 20—30 мг на 1 кг массы в сутки (суточную дозу необходимо разделить на несколько приемов или препарат используется в дозе 250 мг/сут. на год жизни ребенка в расчете на 3—4 приема). Максимальная суточная доза у детей младше 3 лет не должна превышать 1,5 г, эта же доза используется

как поддерживающая. В возрасте от 12 лет препарат назначают до 2 г/сут., в тяжелых вариантах течения болезни дозу увеличивают до 3 г/сут. Максимальная доза 5-АСК назначается на 8–12 недель. Поддерживающая доза препарата может быть снижена до 1 г/сут., она назначается на длительное время, в ряде случаев — на несколько лет.

Применение препаратов 5-АСК последние 40–50 лет позволило облегчить течение болезни, улучшить качество жизни большому числу больных язвенным колитом и болезнью Крона. Уменьшилась необходимость в оперативных вмешательствах, назначении цитостатиков и кортикостероидов. Создание различных форм этих препаратов (свечи, микроклизмы, эмульсии) позволяет варьировать способы лечения. Так, например, при дистальных формах ВЗТК в период обострения заболевания одновременно используются пероральные формы препаратов 5-АСК (3/4 суточной дозы) и ректальные свечи (1/4 дневной дозы). Длительность лечебных курсов препаратов 5-АСК составляет от 3 до 6 мес. Для части пациентов с тяжелым течением заболевания в период ремиссии необходим постоянный прием препарата в дозе 1,0 г/сут. Обоснованием для постоянного приема являются сохраняющиеся морфологические признаки воспаления в кишке в период клинической ремиссии, а также высокий риск развития онкологических процессов в толстой кишке.

В лечении ВЗК применяется иммуносупрессивная терапия. Она может быть селективной и неселективной. Кортикостероиды являются неселективными иммуносупрессантами. К этой же группе относятся азатиоприн и 6-меркаптопурин. Эти препараты были первыми иммуносупрессантами, которые стали использоваться при ВЗК. У взрослых они назначаются и в настоящее время, но в основном в сочетании с кортикостероидной терапией.

Глюкокортикоиды (ГКС) в лечении ВЗК используются с 50-х годов XX в. Эти препараты блокируют фосфолипазу А₂, а также высвобождение арахидоновой кислоты из клеточных мембран, препятствуя, таким образом, образованию ее метаболитов. Многолетний опыт применения ГКС показывает, что эти препараты следует назначать на короткий период времени при выраженной тяжести течения ВЗК с последующим переходом на препараты 5-АСК или с параллельным их приемом. Применять ГКС для поддерживающей терапии у детей не рекомендуется. Преднизолон назначается в дозе 0,8–1 мг/кг, максимум 2 мг/кг массы в сутки, длительность приема зависит от тяжести течения процесса. Показаниями к назначению ГКС у детей являются:

- тяжелое течение левосторонних и тотальных форм колита;
- наличие внекишечных проявлений, осложнений (артропатии, узловатая эритема и т.д.);

- резистентность к препаратам 5-АСК, недостаточная эффективность препаратов 5-АСК.

В период максимального обострения колита возможно введение ГКС парентерально. При дистальных колитах ГКС можно вводить ректально капельно, а также в свечах. Терапия высокими и сверхвысокими дозами ГКС у больных ВЗК оказывается эффективной лишь в 60–70% случаев, а у 8–10% пациентов развивается «стероидозависимость». Длительное лечение высокими дозами ГКС может приводить к развитию тяжелых побочных эффектов. В подростковом возрасте на фоне продолжительного приема ГКС в больших дозах в сочетании с препаратами 5-АСК описано развитие вторичной андрогенной и овариальной недостаточности. В то же время недостаточные дозы ГКС не приводят к ожидаемой ремиссии, особенно у больных, оперированных по поводу болезни Крона. Около 15–30% больных резистентны к проводимой терапии, что нередко приводит к оперативному вмешательству.

Основой действия цитостатика азатиоприна является супрессия разных субклассов Т-лимфоцитов, Т-хелперов первого и второго типа (Th1 и Th2). Препарат блокирует не только синтез интерлейкина-2 (ИЛ-2) и фактора некроза опухоли-γ (ФНО-γ), но и ИЛ-4 и ИЛ-10. Азатиоприн подавляет активность натуральных киллеров и, возможно, синтез простагландинов. Неселективность иммуносупрессивного влияния, медленно наступающее лечебное действие и большое число побочных эффектов являются существенными недостатками препарата, что значительно ограничивает возможности его использования (пригоден только для лечения вялотекущих форм ВЗК, при резистентности к препаратам 5-АСК).

Метотрексат также используется в лечении резистентных форм ВЗК. Его эффективность составляет 40–70%, он наиболее эффективен в терапии болезни Крона. Препарат не используется при наличии острой, тяжелой атаки заболевания, т.к. его лечебное действие проявляется лишь спустя 3–4 недели от начала терапии. Механизм действия метотрексата двойной. Он не только ингибирует активность 5-липосигеназы и синтез лейкотриенов, но и подавляет высвобождение большинства цитокинов (в т.ч. ИЛ-10).

Циклоспорин А при ВЗК применяется сравнительно недавно. Преимущество этого препарата перед другими иммуносупрессантами — селективность действия: избирательное подавление Th1 и синтеза этими клетками ИЛ-2 и интерферона-γ с уменьшением, таким образом, цитотоксичности Т-лимфоцитов. Назначение препарата в дозе 4 мг/кг массы в сутки внутривенно и 8 мг/кг в сутки перорально в течение 20 недель является относительно безопасным. Следует подчеркнуть, что во время ле-

чения необходим тщательный лабораторный мониторинг концентрации препарата в крови, что позволяет избежать его токсического действия. Эффективность и целесообразность назначения циклоспорина А, по данным различных авторов, неоднозначна. По мнению ряда специалистов, применение циклоспорина А вначале внутривенно, затем внутрь (в форме капсул), совместно со стандартной терапией, дает хороший ответ в 60–80% случаев.

В настоящее время разрабатываются новые методы лечения ВЗК. Появились перспективы использования препаратов, направленных на патогенетическое звено воспаления. Препарат инфликсимаб (ремикеид) представляет собой антитела к ФНО — цитокину, участвующему в воспалительном процессе в кишке. Его первые клинические испытания показали не только клиническое, но и эндоскопическое и гистологическое улучшение, сопровождающееся купированием воспалительной инфильтрации слизистой толстой кишки. Назначение препарата в дозе 5, 10–12 мг/кг массы в виде однократной инфузии способствовало улучшению эндоскопической и клинической картины у всех пациентов через 4 недели от начала приема. Возможно применение инфликсимаба (ремикейда) при болезни Крона в период ремиссии, что способствует ее поддержанию, особенно у рефрактерных к обычной терапии больных.

В терапии ВЗК используется иммуномодулирующая терапия. Интерфероны относятся к группе регуляторных цитокинов, они обладают противовоспалительным, противоопухолевым и иммунокорригирующим действием. Доказано, что уже в начале развития неспецифического язвенного колита происходят функциональные нарушения интерфероновой системы, которые усиливаются с увеличением длительности заболевания. При продолжительности заболевания более 10 лет у больных с тотальным поражением толстой кишки происходит депрессия продукции всех типов интерферона, что свидетельствует о функциональном истощении системы интерферонов. Кроме того, обоснованием применения этих цитокинов являются данные о высокой частоте хронической вирусной инфекции у больных с неспецифическим язвенным колитом. Иммунологические эффекты интерферонов позволяют повысить толерантность к вирусной инфекции; активировать В- и Т-лимфоциты, естественные киллеры, макрофаги.

Мы располагаем большим опытом применения виферона — рекомбинантного α -2b— интерферона в терапии ВЗК у детей. Виферон-1 назначается детям до 7 лет, виферон-2 — детям старше 7 лет. Ректальные свечи вводятся 2 раза в день в течение 10 дней, затем препарат используется 2 раза в день через день в течение еще 20 дней. Такая схема на-

Таблица 2. Иммуномодуляторы, применяемые в комплексной терапии ВЗК у детей

Название	Формы выпуска	Состав препарата	Рекомендуемые дозы
Виферон	Свечи для ректального введения	Человеческий рекомбинантный интерферон- α -2b, α -токоферола ацетат, аскорбиновая кислота, масло какао	До 7 лет — свечи по 150 000 МЕ; с 7 до 14 лет — свечи по 500 000 МЕ. Схема применения: по 1 свече 2 раза в день 10 дней, далее 1 свеча 2 раза в день через день 20 дней. Общий курс 30 дней
Ликопид	Таблетки	N-ацетилглюкозаминил-N-ацетилмурамил-L-аланил-D-изоглютамин	До 7 лет 1 мг 1 раз в день утром до еды; с 7 до 14 лет 10 мг 1 раз в день утром до еды. Курс лечения 10 дней
Кипферон	Свечи для ректального введения	Комплексный иммуноглобулиновый препарат — 60 мг (КИП — содержит иммуноглобулины А, М, G) и человеческий рекомбинантный интерферон- α -2b 500 000 МЕ, кондитерский жир, парафин, эмульгатор Т-2	До 7 лет по половине свечи 2 раза в день; с 7 до 14 лет по 1 свече 2 раза в день. В течение 10 дней — 2 раза в день ежедневно, далее по 1 свече 2 раза в день через день (еще 20 дней). Общий курс составляет 30 дней
Полиоксидоний	Препарат для в/м инъекций или сублингвальные таблетки	Сополимер N-окси1,4-этиленлиперазин и (N-карбокисэтил)-1,4-этиленпиперазиний бромид с молекулярной массой 100 kD	В/м или в/в доза 0,1 мг/кг 1 раз в сутки, с введением препарата 1 раз в 3 дня, курсом 5 введений. Сублингвально доза 0,1-0,15 мг/кг 1 раз в сутки, с введением препарата 1 раз в 3 дня, курсом 5 введений

Таблица 3. Энтеросорбенты, применяемые при ВЗК

Название	Форма выпуска	Режим дозирования
<i>Препараты, приготовленные на основе лигнина</i>		
Полифепан (лигнин гидролизный)	Порошок в пакетах по 10—50 г	10—50 г/сут., в несколько приемов
Фильтрум (гидролизный лигнин)	Таблетки коричнево-серого цвета 0,5 г	1—2 таблетки до 3 р./сут.
Лактофильтрум (гидролизный лигнин и лактулоза)	Таблетки коричнево-серого цвета 0,5 г	Взрослым 2—3 таб. 3 р./сут. и детям 7—12 лет 1—2 таб. 2—3 р./сут.
Энтегнин (лигнин гидролизный)	Таблетки по 0,4 г.	Средняя доза 5—7 г/сут. (4—6 таб.), при необходимости можно увеличить до 20—30 г 3 раза/день
Энтеросгель	Пакеты геля по 45, 135, 225, 450, 650, 900 г	До 1 года — 1 ч.л./день, 1—7 лет — 2 ч.л./день, 7—14 лет — 10 г 2—3 р./день, старше 14 лет 10—15 г 2—3 раза/день.
<i>Препараты, приготовленные на основе белой глины</i>		
Смекта (диоктаэдрический смектит)	Порошки в пакетах по 3 г. Содержимое 1 пакета растворяют в 50 мл воды	До 1 года — 1 пакет в сутки, 1—2 года — 2 пакета в сутки, старше 2 лет — 2—3 пакета в сутки

значения препарата связана с возможностью подавления фагоцитоза при длительном применении больших доз интерферона и блокировании его синтеза в клетке в течение 24 часов после введения лекарственного средства в организм.

В качестве иммуномодулирующей терапии, помимо виферона, используются ликопид, кипферон, полиоксидоний. Дозировки и способ их применения указаны в *таблице 2*.

Применение иммунокорректоров в комплексном лечении хронических колитов, с учетом патогенеза развития неспецифического воспаления слизистой толстой кишки, вполне оправданно.

В комплексную терапию колитов у детей включаются препараты-пробиотики. Обладая высоким сродством к рецепторам колоноцитов, представители нормальной кишечной микрофлоры уменьшают возможность воздействия на кишечную стенку патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Одновременно с этим нормальная аутофлора, вызывая стимулирующее антигенное раздражение слизистых кишечника, потенцирует созревание механизмов общего и локального иммунитета.

На базе гастроэнтерологического отделения Тушинской ДГБ ДЗ г. Москвы проведен анализ частоты нарушений кишечного микробиоцено-

за у 50 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, страдающих хроническими колитами различной этиологии. Нами выявлено снижение содержания лактобактерий у 67% пациентов, бифидобактерий — у 82%, кишечной палочки — у 91%. При этом у 64% пациентов с ВЗК отмечено повышение содержания золотистого стафилококка, у 51% — грибов рода кандиды, у 57% — энтерококков. На фоне снижения содержания ки-

Рисунок 1. Частота нарушений кишечного микробиоценоза у детей с ВЗК на фоне лечения вифероном по сравнению с плацебо

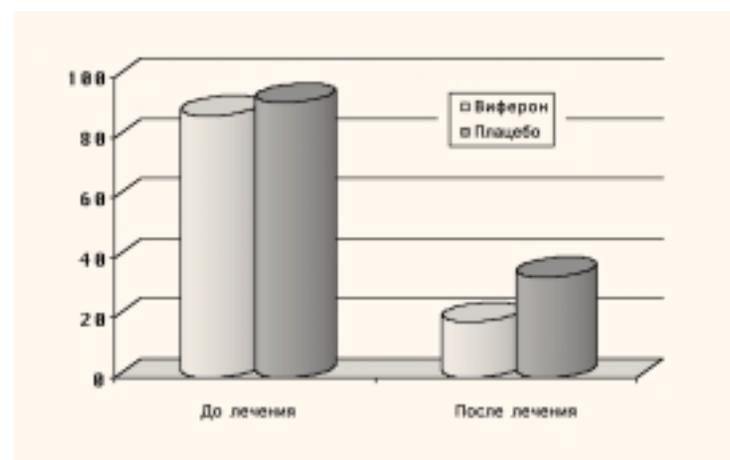


Таблица 4. Ректальные свечи для лечения проктосигмоидита

Название	Состав
Бетиол	экстракт красавки 0,015, ихтиол 0,2
Анузол	экстракт красавки 0,02, ксероформ 0,1, цинка сульфат 0,05, глицерин 0,12
Анестезол	анестезин 0,1, дерматол 0,04, окись цинка 0,02
Нео-анузол	цинка окись 0,2, висмута нитрат основной 0,075, танин 0,05, йод 0,005, резорцин 0,005, метиленовый синий 0,003
Свечи антисептические биологические	сухая бычья плазма 0,9, тромбoplastин 0,9, левомецетин 0,02, новокаин 0,12, экстракт красавки 0,015, масло какао 0,5, масло касторовое g.s.
Свечи с ихтиолом	ихтиол 0,2
Прокто-гливенол	трибенезид 0,4, лидокаин 0,4
Проктоседил	цинхокаин гидрохлорид 0,005, гидрокортизон 0,005
Свечи с эвкалиптом ректальные	эвкалимин 0,05
Свечи с облепиховым маслом	облепиховое масло
Ультрапрокт	флуокортолона пивалат 610 мкг, флуокортолона капроат 630 мкг, цинхокаин гидрохлорид 0,001, клемизол 0,005
Свечи с метилурацилом	метилурацил 0,5

шечной палочки с полноценными свойствами обнаружено повышение количества кишечной палочки с измененными свойствами (у 32% — лактозонегативные, у 68% — гемолизирующие варианты). Перспективными для коррекции дисбактериоза кишечника могут быть пробиотики, не содержащие молока и лактозы — нормофлорин-Л, нормофлорин-Б, нормофлорин-Д, содержащий бифидобактерии и лактобактерии *L-casei rhamnosus*, а также бифидоформ и бифидоформ малыш, содержащий бифидобактерии (BB-12), а также лактобактерии (штамм *rhamnosus* — LGG).

Хороший эффект при коррекции дисбиотических явлений у больных с ВЗК достигается назначением иммунокорректоров. По нашим данным, назначение виферона детям, страдающим хроническими ВЗК, позволяет существенно улучшить показатели микробиоценоза кишечника. Так, после курса лечения вифероном (10 дней ежедневно утром и вечером ректально, затем в течение 20 дней по 1 свече 2 раза в день через день), отмечено существенное сокращение числа детей, имеющих дисбиотические нарушения со стороны кишечника, по сравнению с группой детей, получавших свечи-плацебо (частота случаев дисбиоза кишечника 2–3 степени на фоне плацебо составила 33,7%, тогда как сре-

ди детей, пролеченных вифероном, — 18,75%).

Антибактериальная терапия применяется только при осложненном течении неспецифического язвенного колита и болезни Крона. Поскольку при болезни Крона имеет место развитие избыточного бактериального роста в кишечнике, предложено включать в схему терапии такие антибактериальные средства, как метронидазол (10–20 мг/кг/сут.), а у подростков — ципрофлоксацин (1 г/сут., внутрь). Антибактериальная терапия наиболее эффективна при болезни Крона. Метронидазол желательно назначать при вовлечении в патологический процесс аноректальной зоны, а также в послеоперационном периоде больным, прооперированным по поводу болезни Крона.

Показаниями к назначению антибиотиков являются:

- септическое течение заболевания;
- формирование абсцессов;
- присоединение интеркуррентных инфекций.

Синдром эндогенной интоксикации часто выражен при хронических воспалительных процессах в толстой кишке. Назначение энтеросорбентов целесообразно при хронических колитах любой этиологии.

Длительность приема энтеросорбентов не должна превышать 2–3 недели из-за отсутствия селективности адсорбции, вследствие чего появляется угроза потери солей, желчных кислот и т.д.

Необходимость применения витаминов в комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний кишечника обусловлена длительным течением воспалительного процесса, в результате чего возникает повышенная потребность в витаминах группы В, а также витаминах-антиоксидантах (витамин Е, веторон, веторон Е, кудесан, триовит, витамин С и др). При возникновении железодефицитных состояний назначаются курсы препаратов железа парентерально (феррум Лек для внутримышечного введения, венофер для внутривенного введения). Длительность курса лечения зависит от степени анемии.

Учитывая нарушение всасывания витаминов и микроэлементов, целесообразно применение

комплексных витаминно-минеральных препаратов. Можно применять поливитаминно-минеральный комплекс «Мультитабс иммунокидс» детям с 4 до 12 лет. Препарат влияет на иммунную систему ребенка не только благодаря наличию в нем таких микроэлементов, как йод, селен, железо, медь, цинк, но и витаминов (С, Е, бета-каротина, РР). Кроме того, в состав препарата входит пробиотик *Lactobacillus rhamnosus* (LGG), улучшающий микробиоценоз кишечника. Можно использовать витаминно-минеральные комплексы «Алфавит» (для детей от 3 до 7 лет — «Алфавит детский сад», старше 7 лет — «Алфавит школьник»). Эти комплексы созданы с учетом взаимодействия компонентов, что значительно повышает их эффективность и снижает риск развития аллергических реакций.

В лечении хронических ВЗК целесообразным является проведение седативной терапии. Длительное течение болезни, нарушение качества жизни, утомляемость, общая слабость, нарушение сна (учащение стула больше беспокоит ночью) нередко способствуют развитию депрессивных состояний у данной группы пациентов. В детской практике чаще применяются седативные микстуры и чай, приготовленные на растительном сырье. Можно использовать препараты

на основе седативных трав (персен, персен форте, санасон, ново-пассит и др.). В тяжелых случаях по назначению невролога применяются антидепрессанты и транквилизаторы. В восстановительном лечении больных с ВЗК оправдано участие детского психолога, психотерапевта.

Одновременно с системной терапией лечением целесообразно проведение местного лечения проктосигмоидита, особенно у пациентов с преимущественным поражением дистальных отделов толстой кишки. В остром периоде болезни больных могут беспокоить болезненная дефекация, тенезмы, мацерация кожи вокруг ануса. Возможно развитие парапроктита, что нарушает процесс дефекации и вызывает «боязнь горшка». Для купирования этих явлений можно воспользоваться цинковой мазью, деситином, бепантеном.

Таким образом, лечение воспалительных заболеваний кишечника представляет собой сложную задачу, и только комплексный подход с учетом формы колита, характера его течения, состояния других отделов желудочно-кишечного тракта позволяет добиться ремиссии заболевания.



Солодка
оказывает двойной гастропротективный эффект:

- слизиобразующий
- язвозаживляющий

Алюминия гидроксид и магния гидроксид
нейтрализует агрессивные факторы

Симетикон
предотвращает развитие метеоризма

суспензия
Релцер
антацидное средство

Активные вещества:
Каждые 5 мл (одна ч. ложка) содержат:
Алюминия гидроксид гель - 6 г (240 мг)
Магния гидроксид - 80 мг
Симетикон - 100 мг
Порошок корней солодки голой - 400 мг
(дегидрированная солодка)



180 мл

При изжоге
болит в желудке

Секрет
защиты
желудка

Отпускается без рецепта

Регистрационное удостоверение: ЛС-000236 от 29.04.05 г.

в удачно подобранных компонентах и целебных свойствах растений



Гленмарк

115191 Москва, ул. Большая Тульская, дом 10, строение 9;
тел/факс: (495) 723-7290 glenmarkmos@co.ru