

детьми дошкольного возраста. Эти препараты могут быть рекомендованы в виде длительного курсового приема в качестве лечебно-профилактического средства для детей дошкольного возраста с гипертрофией лимфоидных органов с целью профилактики формирования хронических заболеваний верхних дыхательных путей как в виде монотерапии, так и в комплексе с методами ФТЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., Пуртов И. И. О комплексном подходе к выделению детей группы риска // Проблемы управления здоровьем матери и ребенка. – М.: Московский НИИ педиатрии и детской хирургии, Ивановский НИИ материнства и детства. – 1987. – С. 160–168.
2. Быкова В. П. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа // Вест. оторинолар. – 1998. – № 1. – С. 41–45.
3. Вельтищев Ю. Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 1. – С. 5–9.
4. Гаращенко Т. И., Богомилский М. Р., Шишмарева Е. В. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей // Детские инфекции. – 2004. – № 1. – С. 36–40.
5. Гаращенко Т. И., Володарская В. Г. Профилактика и лечение хронического тонзиллита у часто и длительно болеющих детей // Детские инфекции. – 2007. – № 1. – С. 56–59.

6. Зиборова Н. В., Маккаев Х. М. Опыт применения фитопрепаратов «синупрет» и «тонзилгон Н» для лечения ЛОР-заболеваний у детей // Вест. пед. фармакологии и нутрициологии. – 2006. – Том 3. – № 2. – С. 77–80.

7. Намазова Л. С., Ботвиньева В. В., Торшоева Р. М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах // Детские инфекции. – 2007. – № 2. – С. 49–52.

8. Пальчун В. Т. (под ред.) Оториноларингология. Национальное руководство. – М.: Гэотар-Медиа – 2008. – 954 с.

9. Постановление Правительства РФ от 21 марта 2007 г. № 172 «О Федеральной целевой программе «Дети России» на 2007–2010 годы».

10. Радциг Е. Ю. Новые возможности местной терапии аденоидов у детей // Лечащий врач. – 2006. – № 6. – С. 81–83.

11. Самсыгина Г. А., Брашклина Н. П. Респираторные заболевания у детей. Основные принципы фитотерапии. – М., 1999. – 24 с.

12. Ernst E., März R., Sieder Ch. Контролируемое многоцентровое сравнительное исследование применения растительных и синтетических секретолитических препаратов при острых бронхитах // Phytomedicine. – 1997. – Т. 4. – № 4. – С. 287–293.

13. ESCOP Monograph, Thimi herba (Thyme). European Scientific Cooperation on Phytomedicine, Elburg (2003).

Поступила 25.05.2009

Н. Г. СОБОЛЕВА¹, С. А. БОЙКОВ², О. В. ДОЛБНЕВА², Н. С. ШАТОХИНА^{1,2}

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ЕГО СОЧЕТАНИЕ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

¹Кафедра детских болезней Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350007, г. Краснодар, ул. Седина, 4.

²детская краевая клиническая больница, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1. E-mail: natalia.soboleva@rambler.ru

В работе проведено изучение сочетания синдрома раздраженного кишечника и atopического дерматита у детей Краснодарского края. Показана тесная связь нарушений биоценоза кишечника, эндоскопических нарушений верхних отделов ЖКТ с давностью и тяжестью течения atopического дерматита. Проведена оценка достаточно широкого спектра методов лечения, направленных на все патогенетические механизмы этого гастроэнтерологического заболевания. Установлено, что современная коррекция функциональных нарушений кишечника у детей с atopическим дерматитом особенно актуальна с точки зрения предупреждения прогрессирования и хронизации патологического процесса.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, atopический дерматит, дети.

N. G. SOBOLEVA¹, S. A. BOYKOV², O. V. DOLBNEVA², N. S. SHATHOKHINA^{1,2}

IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND ITS ASSOCIATION WITH ATOPIC DERMATITIS AMONG CHILDREN IN REGION OF KRASNODAR

¹Department of Pediatrics, Kuban State Medical University, Russia, 350007, Krasnodar, Sedin Street, 4;

²Regional Children Hospital, Russia, 350007, Krasnodar, Victory Square, 1. E-mail: natalia.soboleva@rambler.ru

In this work we have done a study about combination of irritable bowel syndrome with atopic dermatitis among children in region of Krasnodar. It has been shown a strong relation between disorders of normal bowel micro flora and endoscopic disorders of upper part of gastrointestinal tract, with duration and severity of atopic dermatitis. We have also done an evaluation of wide methods of treatments which is directed towards all pathogenic mechanisms of this gastrointestinal disease. We have also established modern way of correction of functional disorders of intestine among children with atopic dermatitis, especially from point of view in prophylaxis of progression and chronization of pathologic process.

Key words: Irritable bowel syndrome, atopic dermatitis, children.

Введение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта, основными проявлениями которого являются: нарушения акта дефекации, сопровождающиеся болевым абдоминальным синдромом при отсутствии органических заболеваний толстой кишки. Этот диагноз в 1993 году был официально введен в МКБХ ВОЗ.

По данным эпидемиологических исследований, жалобы, характерные для СРК, предъявляют около 14% учащихся средней школы и более 50% детей с рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом.

Патофизиология СРК до конца не изучена, однако доказано, что при нем повышена чувствительность рецепторов стенки толстой кишки к растяжению. В связи с этим боли и неприятные ощущения возникают у больных при более низком пороге чувствительности по сравнению со здоровыми.

По характеру стула выделяют четыре основных клинических варианта СРК:

- СРК с запорами (когда более 25% кала имеет твердую консистенцию);
- СРК с диареей (когда более 25% кала имеет кашицеобразную или водянистую консистенцию);
- смешанный вариант СРК (когда одновременно более 25% кала имеет твердую и более 25% водянистую консистенцию);
- неклассифицированный вариант СРК (при невозможности отнесения заболевания к вышеперечисленным формам).

Несмотря на чрезвычайно высокую распространенность, диагноз СРК очень медленно входит в ежедневную практическую жизнь педиатров в нашей стране, что обусловлено в первую очередь отсутствием четких критериев его диагностики. На основании рекомендаций Римского комитета III, собственных данных изучения клинко-параклинических особенностей течения заболевания у детей, а также диагностических возможностей отдельных методов исследования мы разработали и внедрили в практику дифференциально-диагностический алгоритм постановки диагноза СРК у детей.

Вначале, в соответствии с Римскими критериями III, проводится тщательный анализ жалоб ребенка. Если в течение более 6 месяцев ребенок тревожит рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт, сочетающиеся не менее чем с двумя симптомами нарушений функций кишечника, а последние 3 месяца наблюдения данные признаки регистрируются более 3 дней в месяц, то ему назначается диагностический минимум клинических обследований с последующим анализом результатов и исключением симптомов «тревоги».

При наличии симптомов, которые могут исключить СРК (симптомы «тревоги»), ребенок подлежит госпитализации в гастроэнтерологическое отделение для верификации диагноза с проведением по показаниям дополнительных диагностических процедур. При отсутствии симптомов «тревоги» педиатр назначает дифференцированное, в зависимости от формы заболевания, лечение, по завершении которого проводится анализ его эффективности.

При положительных результатах первичного курса терапии диагноз СРК считается установленным и ребенок подлежит диспансерному наблюдению с проведением плановых противорецидивных мероприятий. При отрицательных результатах лечения и наличии симптомов «тревоги» ребенок подлежит госпитализации с проведением комплекса диагностических процедур,

направленных на исключение органических заболеваний кишечника и другой соматической патологии.

На наш взгляд, у больных с непрерывно рецидивирующим течением СРК обязательным является проведение ректороманоскопии, а при наличии воспалительного или атрофического процесса в слизистой оболочке и ее биопсия. Отсутствие у ребенка заболеваний, которые объясняют причину нарушения здоровья (особенно с запорами), обосновывает проведение аноманометрии. Наличие у ребенка с подозрением на СРК повышенного порога чувствительности толстой кишки при аноманометрии подтверждает диагноз и обосновывает проведение индивидуальной терапии с использованием комплекса психотерапевтических мероприятий.

Целью лечения ребенка с СРК являются купирование болевого и диспептического синдромов, устранение нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника, коррекция психовегетативных нарушений.

Диета предполагает исключение жирной и газообразующей пищи, иногда уменьшение количества клетчатки; при запорах, напротив, увеличение количества балластных веществ (злаки, хлеб, свекла, морковь, тыква, фрукты, сухофрукты, в т. ч. чернослив). Из питания исключаются также продукты, которые индивидуально плохо переносятся ребенком. При выраженном болевом синдроме и метеоризме пища должна поступать в вареном или тушеном виде, при выраженной диарее – в протертом виде. В последующем индивидуально подбирается сочетание сырых и вареных овощей и фруктов. При поносах исключаются молоко, сырые овощи и фрукты.

Фармакотерапия

При СРК с запорами используются:

- препараты, увеличивающие объем каловых масс и облегчающие дефекацию (препараты лактулозы, семян подорожника и др.);
- прокинетики (домперидон);
- ферменты, содержащие желчь и гемицеллюлозу;
- пре- и пробиотики;
- психотерапевтические средства после консультации психоневролога.

При СРК с диареей назначаются:

- средства, обладающие вяжущими, обволакивающими и сорбционными свойствами (смекта и др.), а при их неэффективности – препараты, снижающие тонус и моторику кишечника (лоперамид), коротким курсом до достижения эффекта;
- пре- и пробиотики;
- ферменты (креон, панкреатин и др.);
- психотерапевтические средства после консультации психоневролога.

Смешанный и неклассифицированный вариант СРК:

- селективные спазмолитики (дюспаталин и др.);
- средства, уменьшающие метеоризм (симетикон и др.);
- пре- и пробиотики;
- ферменты;
- психотерапевтические средства после консультации психоневролога.

Так как сочетание атопического дерматита и СРК – довольно частое явление, атопия является также мультифакторным заболеванием. Однако диагностика функциональных нарушений кишечника является залогом профилактики и снижения органной патологии в пищеварительной системе, часто формирующейся при атопии. Эти факты послужили поводом для проведения нашего исследования.

Методы исследования

У 50 детей, госпитализированных в детское гастроэнтерологическое отделение по поводу заболеваний органов пищеварения, протекающих на фоне атопического дерматита, изучены: генеалогический и аллергологический анамнез, история заболевания и развития ребенка, проведен анализ данных клинико-параклинических обследований. Среди детей не было пациентов с острыми аллергическими реакциями, при которых нарушения функции кишечника могут быть связаны с отеком, повышением проницаемости сосудов и т. д.

Под наблюдением находились дети от 3 до 16 лет. Преобладающей группой были подростки от 10 до 14 лет (32 ребенка), что составило 64% обследованных. Старше 14 лет было 11 детей (22%). Меньшую часть составили дети от 3 до 9 лет (14%). При небольшом преимуществе СРК регистрировался у мальчиков (54%).

Согласно разработке специальной комиссии по определению (Р. Раппорт, 1999), СРК — это комплекс функциональных расстройств на протяжении 3 месяцев, включающий в себя боли, ощущение дискомфорта. Для исключения органической патологии, которая дает сходную клиническую симптоматику (хронические заболевания кишечника, панкреатическая диспепсия, инфекционные энтероколиты, целиакия и т. д.), в обязательном порядке проводились исследования биохимии крови, развернутый анализ крови, копроскопия, УЗИ брюшной полости, бактериологическое исследование кала, дуоденальное зондирование (позволяющее исключить лямблиоз), эндоскопия слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки и дистального отдела кишечника, исследование биоценоза кишечника.

Обращали внимание на отсутствие симптомов тревоги: лихорадка, примесь крови в кале, кишечные расстройства, прерывающие ночной сон, похудание за короткий период времени, анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Среди форм атопического дерматита преобладающим был нейродермит — у 32 больных (64%), причем у 52% кожные изменения имели распространенный характер с преимущественным поражением кожи лица, шеи, туловища, локтевых сгибов, подключичных впадин, тыльных поверхностей кистей. У 8 детей (16%) отмечалась локализованная форма нейродермита. У 4 детей в анамнезе — рецидивирующая крапивница. В стадии неполной ремиссии находилось 18 детей (36%), 9 детей (18%) имели сопутствующую аллергическую респираторную патологию (бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит).

Верификация патологии пищеварительного тракта проводилась на основании «Протоколов диагностики и лечения органов пищеварения» МЗ РФ (1998).

Результаты исследования

Синдром раздраженного кишечника — полиэтиологическое заболевание. Тем не менее он рассматривается в настоящее время как одно из типичных психосоматических заболеваний, имеющих особое отношение к стрессовым ситуациям.

Течение болезни у преобладающего большинства детей и в 100% случаев у подростков находилось в прямой связи от стресса, вызываемого предзачетной (экзаменационной) ситуацией. Все пациенты без исключения необычайно болезненно реагировали на замечания, советы близких и медперсонала, инструментальные обследования и даже клинические осмотры, некоторые замыкались в себе.

Невротические и истерические реакции наблюдались у большинства детей (62%), агрессивное поведение встречалось у подростков из т. н. социально неблагополучных семей, двое детей поступили после попытки суицида. Для многих больных (68%) были характерны слабость и повышенная утомляемость.

Типичная картина СРК возникала у пациентов, как правило, после еды. Доминировали боли в животе, без четкой локализации (68%), но 1/3 больных настойчиво жаловались на боли в левой половине живота и над пупком. Уменьшение болей после дефекации, как отмечают А. Р. Златкина [2], А. М. Запруднов и соавт. [1], у детей, страдающих атопическим дерматитом, не выявили.

Наши наблюдения свидетельствуют о значительной вариативности болевого синдрома как по характеру, так и по интенсивности болей. Характер болей в животе был разнообразным: от ноющих в нижнем отделе живота (28%) до приступообразных болей (70%), имитирующих острую хирургическую патологию (2%).

У подавляющего большинства больных (78%) боли в животе были непродолжительными по характеру, по повторяемости в течение дня несколько раз, в том числе и без связи с приемом пищи или опорожнением кишечника в 42% наблюдений.

Мы обратили внимание не только на возникновение болей у детей, мы в любой части живота, но и экстраабдоминальный их характер с локализацией болей в спине, пояснице и реже в грудной клетке. У подавляющего большинства детей болевой синдром ослабевал после отхождения газов. У многих больных (31) к вечеру усиливался метеоризм, и при транзите газа по кишечнику абдоминальный болевой синдром становился более отчетливым.

Из диспептических нарушений чаще наблюдалась тошнота (34%), которую не всегда удавалось связать с употреблением в пищу аллергенных продуктов или воздействием запаха аллергенного продукта. Снижение аппетита, отрыжка имели место у всех детей с сочетанной патологией гастродуоденальной зоны и желчевыводящей системы. Неустойчивый стул отмечался в половине случаев.

Одинаково часто отмечалось сочетание запоров и послабление стула. У 8 детей были ложные поносы — частое болезненное опорожнение кишечника с наличием в каловых массах слизи. Указанная клиническая особенность СРК явно выделялась у пациентов младшей возрастной группы. Школьники старшего возраста при сборе анамнеза отрицали наличие диспептического синдрома, т. к. утренний кал был у них, как правило, оформленный.

Однако при тщательном опросе всегда удавалось выявить наличие кашицеобразного или жидкого стула во второй половине дня, к вечеру. Наличие зловонного запаха испражнений подтверждают при сборе анамнеза родители, но не дети. Подростки вообще не хотят говорить о таких интимных подробностях, поэтому здесь возрастает роль врача в обеспечении обстановки доверительности и контакта.

При наличии запоров кал по типу овечьего также был характерным для детей младшей возрастной группы (от 3 до 9 лет) и лишь у 9 пациентов старше 9 лет. Только у 1 ребенка, страдавшего запорами длительное время, наблюдалось недержание кала. Сочетание запоров и поносов с дизурическим синдромом без каких-либо изменений мочи оказалось довольно частым явлением у девочек (64%). Жирная и калорийная пища вызывала особенно выраженный гастроколитический

синдром. Тщательно соблюдаемая диета к 5–6-му дню приносила заметное улучшение со стороны ребенка.

При эндоскопическом исследовании изменения со стороны верхнего отдела пищеварительного тракта были выявлены у 92% больных. В структуре гастродуоденальной патологии у детей с atopическим дерматитом изолированных хронических гастритов или дуоденитов не было: у 92% обследованных регистрировался гастродуоденит.

Преобладающей формой поражения желудка и двенадцатиперстной кишки по результатам эндоскопического исследования явилась гипертрофическая (38%), характеризующаяся деформированными, утолщенными складками, слизистая оболочка. У большинства этих детей в антральном отделе желудка воспаление слизистой оболочки было выраженным в виде «булж-ной мостовой».

У некоторых больных (8 человек) наряду с множественными выбуханиями в антральном отделе желудка имелись белесоватые наложения на верхушках складок в виде «манной крупы». Представляет интерес тот факт, что у преобладающего большинства больных эндоскопическая характеристика, соответствующая выраженным тканевым реакциям при аллергическом процессе, не сопровождалась обострением atopического дерматита. Однако у всех больных при пальпации живота определялась различной степени выраженности болезненность в пилородуоденальной зоне.

Отсутствие параллелизма между характером изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке и состоянием кожного процесса позволяет считать, что желудок и кишечник могут являться самостоятельными органами-мишенями в сенситизированном организме.

У каждого третьего ребенка (16 детей) при эндоскопии регистрировались дуоденогастральный рефлюкс и наличие желчи в полости желудка. Присутствовали и жалобы детей на изжогу, чувство горечи во рту. Обнаружены следующие изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающие дуоденогастральный рефлюкс: поверхностный антральный гастрит и поверхностный бульбит – у 3 больных, поверхностный антральный гастрит и выраженный бульбит – у 5, гипертрофический антральный гастрит и выраженный бульбит – у 6, поверхностный антральный гастрит и эрозивный бульбит – у 2 пациентов. Эндоскопических признаков истинных атрофических форм гастритов и дуоденитов не выявлено ни у одного ребенка.

Результаты исследования кислотообразующей функции желудка методом экспресс-рН-метрии свидетельствовали о том, что у всех больных atopическим дерматитом имеет место дисфункция, но без какой-либо закономерности. Повышение кислотности желудочного содержимого отмечено у 20 детей (40%), сохраненная кислотообразующая функция – у 11 (22%), пониженное кислотообразование – у 19 (38%).

При ректороманоскопии определялась неизменная слизистая прямой и сигмовидной кишок, лишь у некоторых больных (3) с запорами наблюдалась умеренная гиперемия в дистальном отделе прямой кишки. Наличие слизи на фоне неизменной слизистой оболочки встречалось гораздо чаще ($p < 0,05$) у детей с выраженным абдоминальным синдромом и поносами.

Более чем у половины обследованных детей выявлена сопутствующая патология желчевыводящих путей. В определенной степени эти изменения были обусловлены и хроническими воспалительными заболеваниями двенад-

цатиперстной кишки, имеющимися почти у всех пациентов. У 8 детей (16%) причиной нарушения желчеотделения послужили врожденные аномалии развития желчного пузыря (перетяжки, перегибы в шейке, S-образная форма).

При изучении микробного пейзажа толстой кишки мы отметили дисбиотические нарушения у всех обследованных детей. Дефицит бифидобактерий выявлен у 40 больных (80%) atopическим дерматитом, лактобактерий – у 18 (36%). Выделена лактозонегативная кишечная палочка в количестве 106 и выше у 23 пациентов (46%), золотистый стафилококк – у 5 (10%), ассоциация энтерококка 105 и грибов типа кандиды – у 14 (28%), гемолизующие эшерихии и протей – по 8%.

Нами отмечена тесная связь нарушений биоценоза кишечника с давностью и тяжестью течения atopического дерматита. У 80% пациентов давность заболевания определялась сроком более 3 лет. Подобной закономерности между клиническими проявлениями дисбактериоза кишечника и клиническими симптомами СРК выявить не удалось.

Поскольку симптомы СРК могут быть вторичными при заболеваниях поджелудочной железы, мы исключили из обследования детей, изменения в копрограмме которых свидетельствовали бы о снижении панкреатической внешнесекреторной функции. Однако об интактности поджелудочной железы при аллергических заболеваниях также утверждать невозможно. Так, при УЗИ железы регистрировались либо диффузное ее увеличение при неизменной паренхиме либо очаговый отек (чаще головки). Диастаза мочи у обследованных не превышала верхней границы нормы.

Лечение больных проводилось с позиции понятия о влиянии многих факторов, обуславливающих формирование СРК. Первоопределяющим в терапии было назначение современных лекарственных средств, воздействие на психоэмоциональную сферу. Важным было установить полное взаимопонимание с больным и родителями, подробно опросить их об условиях жизни, питания, микроклимате семьи, выяснить, что является травмирующим фактором.

Назначалось рациональное сбалансированное питание, а при наличии гастродуоденальной патологии или патологии желчевыводящих путей – без увлечения чересчур щадящей диетой. Особенно много терпения необходимо приложить, чтобы убедить пациентов отказаться от курения, так широко распространенной вредной привычки, и не только у подростков.

Рекомендации в отношении питания были основаны на элиминации пищевых аллергенов, значимых для больного, и варьировались в зависимости от преобладания послаблений или запоров. Из питания исключали цельное молоко, усиливающее метеоризм, запоры, боли в кишечнике.

При наличии диарейного синдрома назначали имодиум (МНН — лоперамид) в уменьшенной дозировке (из расчета 1 мг на 10 кг массы тела в сутки). Никаких побочных действий (аллергические реакции в виде кожных сыпей, усиления болей, головокружений) мы не наблюдали при длительности курса 20 дней. Положительный эффект получен у всех 10 больных, получавших лоперамид.

Больным, страдающим гастродуоденитом, с выраженным болевым синдромом, метеоризмом и послаблением стула назначали смекту до 3 пакетиков в день. Быстрая положительная эволюция болевой симптоматики и вздутий живота под влиянием смекты отмечена у 38 больных (76%). Более длительная симптоматика колопатии имела место у

больных с сочетанными заболеваниями органов пищеварения и длительно существующим дисбактериозом.

Спазмолитические препараты миотропного ряда (но-шпа), неоднократно назначаемые педиатрами амбулаторного звена и хирургами, мы, в соответствии с современными алгоритмами лечения форм СРК, старались не применять [4]. Предпочтительно лечение больных холинолитическими препаратами, дюспаталин в терапии использовали у 10 детей в течение 10 дней.

При доминировании в клинической картине СРК запоров диетические рекомендации касались обогащения пищевого рациона балластными веществами (пшеничные отруби), способствующими опорожнению кишечника, служащими сорбентами.

Яблоки, капусту, редьку как дотацию пищевых волокон по вполне понятным причинам (усиление метеоризма и болей) мы не советовали больным употреблять в пищу. Из лекарственных препаратов, нормализующих частоту стула у пациентов с СРК, проявляющимся запорами, рекомендуют применять прокинетики «цизаприд» (кординакс) – детям в дозе 200 мг/кг 3–4 раза в сутки.

Обсуждение

Из 5 пациентов с наличием таких симптомов, как запоры, абдоминальные боли, вздутие живота, урчание в кишечнике, чувство неполного опорожнения кишечника, с 4-го приема препарата запоров не было у 3 детей, у 2 – стул стал чаще, чем 3 раза в неделю.

Достаточно хороший эффект при запорах оказывает лактулоза — синтетический дисахарид, который в толстой кишке расщепляется молочнокислыми бактериями с образованием молочной кислоты, с закислением внутрикишечной среды, с высоким осмотическим эффектом и с усилением моторно-эвакуационной функции толстой кишки.

Имея практический опыт с обработкой методики лечения лактулозой гастроэнтерологических больных, мы назначили Дюфалак, препарат 6 больным с атоническим дерматитом: с нарастанием разовой от 5 мл в первый день до 15 мл в третий день, 2 раза в сутки перед едой и в последующем по 20 мл 1 раз в день до отчетливого установления регулярного стула.

Лечение 9 больных с СРК и симптомокомплексом желудочной диспепсии и дуоденогастрального рефлюкса (тошнота, рвота, отрыжка, изжога, чувство переполнения желудка) осуществлялось препульсидом (мотилиум) – блокатором дофаминовых рецепторов.

На 2–3-й день от начала лечения (2,5 мл суспензии на 10 кг массы тела 3 раза в день) в 66,6% значительно уменьшались симптомы желудочной диспепсии и с 5–6-го дня исчезали клинические признаки рефлюкса. Отмена препарата потребовалась только 1 ребенку в связи с появлением аллергической сыпи на туловище.

Нормализация микрофлоры кишечника требовала длительной терапии пробиотиками (бифидумбактерин, бификол), травами, а также патогенетического лечения заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, печени и желчного пузыря, поджелудочной железы.

Таким образом, в настоящее время достигнуты большие успехи как в диагностике и обосновании СРК, так и в разработке достаточно широкого спектра методов лечения, направленных на все патогенетические механизмы этого гастроэнтерологического заболевания. Нет сомнения, что современная коррекция функциональных нарушений кишечника у детей с атоническим дерматитом особенно актуальна с точки зрения предупреждения прогрессирования и хронизации патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Запруднов А. М., Харитонова Л. А. // Мед. помощь. – 1993. – № 2. – С. 13–18.
2. Златкина А. Р. // Тер. архив. – 1997. – № 2. – С. 68–71.
3. Ивашкин В. Т. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 1993. – № 3. – С. 27–31.
4. Шептулин А. А. // Клиническая медицина. – 1997. – № 9. – С. 26–29.
5. Римский консенсус III, 2006 // Сучасна гастроентерологія, 2007. – № 3 (35). – С. 91–105.
6. Хавкин А. И., Бельмер С. В., Волынец Г. В., Жихарева Н. С. Функциональные заболевания пищеварительного тракта у детей. Принципы рациональной терапии: Практ. руковод. – М., 2003. – 24 с.
7. American Gastroenterological Association. AGA technical review on irritable bowel syndrome // Gastroenterology. – 2002. – V. 123. – P. 2108–2131.
8. Hyams J. S. Irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, and functional abdominal pain syndrome // Adolesc Med Clin. – 2004 Feb. – V. 15 (1). – P. 1–15.
9. Spanier J. A., Howden W. H., Jones M. P. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome // Arch Intern Med. – 2003. – V. 163. – P. 265–274.

Поступила 11.05.2009

В. А. ТАРАКАНОВ, Е. Г. КОЛЕСНИКОВ

ПОЗДНЯЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

*Кафедра хирургических болезней детского возраста Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: hirurgia@inbox.ru*

С целью диагностики различных форм поздней спаечной кишечной непроходимости в детском возрасте использована спиральная компьютерная томография органов брюшной полости в нативном виде и с внутривенным контрастным «усилением» сосудистого русла. Данный вид исследования наиболее информативен в случаях, сопровождающихся нарушением мезентериального кровоснабжения. В остальных случаях целесообразно использование динамического ультразвукового и рентгенологического методов исследования.

Ключевые слова: поздняя спаечная кишечная непроходимость, спиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование, дети.