

Терапия острых кишечных инфекций у детей в современных условиях

А.В.Горелов

Центральный НИИ эпидемиологии Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Москва

В лекции рассматриваются современные подходы к лечению острых кишечных инфекций у детей. Представлена подробная характеристика средств этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, лечение, дети

Present-day therapy of acute intestinal infections in children

A.V.Gorelov

Central Research Institute of Epidemiology, Ministry of Public Health of the Russian Federation, Moscow

The lecture discusses modern approaches to treatment of acute enteric infections in children. A detailed characteristic of etiotropic, pathogenetic and symptomatic therapeutic means is given.

Key words: acute enteric infections, therapy, children

Острые кишечные инфекции (ОКИ) относятся к самым массовым инфекционным заболеваниям, характеризуются повсеместным распространением, высокой частотой развития тяжелых форм и осложнений, особенно у детей раннего возраста, риском формирования хронических гастроэнтерологических заболеваний, а также возникновением у части больных состояний, представляющих непосредственную угрозу жизни [1, 2]. По данным ВОЗ, шесть нозологических форм – пневмония, туберкулез, кишечные инфекции, малярия, корь, ВИЧ/СПИД – являются причиной половины случаев смерти детей и подростков [3]. Ежегодно в мире от острых диарей и их осложнений умирает до 5 млн детей [2–4]. Причины столь высокой летальности, по всей видимости, кроются в неадекватной оценке тяжести состояния больных ОКИ и отсутствии адекватной помощи, в том числе на догоспитальном этапе [1].

Актуальность рассмотрения вопросов терапии ОКИ связана еще и с тем обстоятельством, что, по свидетельству многочисленных опросов, большинство таких больных (более 65% пациентов) предпочитает самостоятельно лечить себя и своих детей, либо их курацию осуществляют врачи общей практики, имеющие свои представления о выборе стартовых препаратов, зачастую расходящиеся с общепринятыми рекомендациями [5].

По современным представлениям, терапия ОКИ у детей должна быть комплексной и этапной с индивидуальным подходом к выбору препаратов с учетом этиологии, тяжести, фазы и клинической формы болезни, возраста ребенка и его состояния к моменту заболевания. Комплекс лечения ОКИ включает лечебное питание, этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. В разные фазы инфекционного процесса решаются разные задачи: в острую фазу – борьба с возбудителем, выведение продуктов его жизнедеятельности из организма, купирование синдрома интоксикации; в периоде репарации и реконвалесценции – восстановление нарушенных функций. В ходе лечения должна вноситься коррекция, в зависимости от характера течения, возраста и преморбидного фона ребенка, при этом необходимо назначать лишь безусловно необходимые на данном этапе препараты.

Еще раз следует подчеркнуть, что от своевременности и адекватности назначения терапии зависят длительность заболевания и его исход. В связи с этим выбор стартовых препаратов играет ключевую роль.

Этиотропная терапия

Этиотропная терапия является основой лечения ОКИ у детей. Наши многолетние клинические наблюдения свидетельствуют о том, что оптимальным является дифференцированный подход к назначению этиотропной терапии с учетом этиологии, вида и свойств возбудителя, патогенеза, тяжести и фазы болезни и особенностей иммунной реактивности детского организма [6–9]. При этом этиотропная терапия ОКИ не ограничивается только использованием антибиотиков и химиопрепаратов, а включает также и специ-

Для корреспонденции:

Горелов Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий детским клиническим отделением Центрального НИИ эпидемиологии Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а

Телефон: (095) 182-0992, 176-7865

Статья поступила 16.01.2004 г., принята к печати 17.05.2004 г.

фические бактериофаги, энтеросорбенты (Смекта), энтеральные иммуноглобулины (комплексный иммунный препарат – КИП, Кипферон, антиротавирусный иммуноглобулин), лактоглобулины (дизентерийный, коли-протейный и др.).

Антибактериальная терапия. В течение многих лет традиционно в качестве единственных этиотропных средств терапии острых диарей использовались антибиотики. Однако в настоящее время в связи с широким распространением вирусных диарей, ростом лекарственной устойчивости патогенных микроорганизмов, числа побочных реакций на введение антибиотиков на фоне общего снижения резистентности организма эффективность антибактериальной терапии при ОКИ неуклонно падает. Поэтому во многих странах мира пересмотрены подходы к назначению антибиотиков при ОКИ – в сторону значительно их ограничения [9–12].

Для решения вопроса о целесообразности назначения антибиотика необходимо на основании клинической картины заболевания определить, к какой патогенетической группе относится ОКИ у данного больного – группе «инвазивных» диарей (с проникновением возбудителя в клетку и развитием воспалительного процесса в кишке) или группе «водянистых» диарей, в патогенезе которых главную роль играет нарушение секреции и обратного всасывания воды и солей.

Антибиотики или химиопрепараты показаны:

1. Больным с инвазивными ОКИ (колиты, энтероколиты, гастроэнтероколиты шигеллезной, сальмонеллезной, кампиобактериальной, иерсиниозной, эшерихиозной и неустановленной этиологии) в острой фазе болезни или при клинически выраженном обострении (рецидиве):

- а) при тяжелых формах болезни – независимо от этиологии и возраста больного;
- б) при среднетяжелых формах болезни:
 - детям в возрасте до 2 лет;
 - больным из «группы риска», независимо от возраста;
 - при шигеллезах – независимо от возраста;
- в) при легких формах болезни:
 - детям в возрасте до 1 года из «группы риска»;
- г) при явлениях геморрагического колита, независимо от степени тяжести.

2. Больным холерой, брюшным тифом и амебной дизентерией – независимо от возраста больного и тяжести болезни.

3. Больным любого возраста с генерализованными (тифоподобными, септическими) формами ОКИ, независимо от тяжести болезни.

Детям с «водянистыми» диареями (которые чаще имеют вирусную этиологию) антибиотики не показаны.

При выборе антибактериального препарата, если есть необходимость в его применении, учитывают следующие характеристики:

- антимикробный спектр и бактерицидность действия, лекарственная устойчивость возбудителей ОКИ, циркулирующих в данное время в данной местности или в данном стационаре (вместе с тем следует принимать во внимание, что чувствительность возбудителя к антибиотикам *in vitro* не всегда совпадает с эффективностью *in vivo*);
- особенности фармакокинетики (всасывание, распределение, выведение, способность к внутриклеточному

проникновению и накоплению в тканях организма) и ее соответствие патогенезу данной инфекции;

- стоимость препарата;
- возможные побочные реакции и безопасность при использовании у детей. Так, не рекомендуются для применения у детей: тетрациклины до 8 лет (из-за токсичности); ампициллин (из-за высокой частоты аллергических реакций и развития дисбактериоза кишечника); аминогликозиды для парентерального введения (из-за выраженного ото- и нефротоксического действия); хлорамфеникол (Левомецетин) – из-за токсичности и отрицательного влияния на местный иммунитет и репарацию кишечника (за исключением брюшного тифа и иерсиниоза).

Перед назначением антибиотиков необходимо собрать подробный аллергологический анамнез – выяснять, не вызывал ли препарат данной группы у ребенка и (или) его близких родственников аллергических и других реакций в прошлом.

Все антибиотики и химиопрепараты для эмпирической терапии ОКИ у детей нами условно разделены на 3 группы:

Препараты I ряда («стартовые») назначаются обычно эмпирически, уже при первой встрече с больным (чаще в амбулаторных условиях, реже – при поступлении больного в стационар в первые часы болезни). К ним относятся препараты, которые при приеме внутрь мало всасываются в кишечнике и оказывают бактериостатическое или бактерицидное действие в просвете кишки, что патогенетически обосновано в первые часы болезни. Это производные нитрофурана: фуразолидон и нифуроксазид; триметоприм/сульфаметоксазол (детям старше 2 мес); аминогликозиды (внутрь) – гентамицин, канамицин.

Препараты II ряда (альтернативные) – обычно назначаются в стационаре при неэффективности препаратов I ряда, при среднетяжелых и тяжелых формах болезни, а также в случаях госпитализации больного в поздние сроки – в качестве «стартовых», поскольку в эту фазу «инвазивных» ОКИ возбудитель уже проникает за пределы просвета кишки.

В качестве альтернативных препаратов рекомендуются: налидиксовая кислота и аминогликозиды II поколения (амикацин и нетилмицин) внутрь, а при генерализации инфекции – в сочетании с парентеральным их введением; макролиды II поколения (азитромицин).

Препараты III ряда («резерва») рекомендуется применять только в стационарных условиях (преимущественно в отделениях реанимации и интенсивной терапии). В качестве стартовых их используют при тяжелых и генерализованных формах ОКИ, у детей раннего возраста из «группы риска» – с отягощенным акушерским анамнезом, врожденной патологией центральной нервной системы и других органов, а также при различных иммунодефицитах и проч. (в этих случаях ОКИ протекают наиболее неблагоприятно и длительно); при среднетяжелых и тяжелых формах болезни – в случае неэффективности препаратов II ряда, а также при сочетании ОКИ с другими бактериальными инфекциями.

В качестве препаратов «резерва» используются обычно антибиотики широкого спектра действия с высокой биодоступностью, проникающие в ткани, оказывающие бактери-

цидное действие на внутриклеточно расположенные микроорганизмы. К ним относятся: рифампицин, цефалоспорины III и IV поколений – цефтибутен и цефтазидим, фторхинолоны – норфлоксацин детям старше 15 лет (остальные фторхинолоны только по витальным показаниям), карбапенемы – имипенем/циластатин, меропенем. Расширять показания для применения препаратов «резерва» недопустимо из-за возможного развития резистентности возбудителей (особенно это касается рифампицина) и высокой стоимости. Препараты «резерва» целесообразно периодически менять, основываясь на результатах антибиотикограммы и анализа эффективности терапии.

Улучшить эффективность антибактериальной терапии ОКИ у детей можно с помощью **специфических бактериофагов**, применяемых совместно с антибиотиками (после купирования симптомов интоксикации) или химиопрепаратами, а при легких формах ОКИ инвазивного генеза с установленной этиологией – в качестве монотерапии. Фаги назначаются за 1–2 часа до еды курсом 5–7 дней, который, при необходимости, можно повторять с перерывом 4–5 дней.

Энтеросорбция – это новое, но очень перспективное направление этиотропной терапии ОКИ у детей, которое играет ведущую роль при секреторных диареях и, прежде всего, вирусных, в том числе ротавирусных гастроэнтеритах, как единственный вид этиотропной терапии (без антибиотиков и химиопрепаратов).

Среди существующих сорбентов можно выделить угольные (угли типа СКН, ГС-01Э, Микросорб-П); волокнистые (Билигнин, Полифепан, Энтегнин); низкомолекулярные поливинилпирролидоны (Энтеродез, Энтеросорб); естественные пористые природные (Смекта, Неоинтестопан, белая глина); ионно-обменные смолы (Холестирамин); кремнийорганические соединения (Энтеросгель), а также комбинированные (Заулен, Поликарайя), в том числе с пектинами, витаминами и др. Все они представляют собой мельчайшие частицы с очень большой сорбирующей поверхностью, способные извлекать, адсорбировать и выводить из кишечника вирусы, микробы и их экзо- и эндотоксины, биологически активные метаболиты, аллергены, а также усиливать защитные свойства муцинового слоя кишечника. Благодаря этому энтеросорбенты оказывают санярующий эффект, эффект дезинтоксикации, снижают иммуносупрессивное действие микробов и токсинов, оказывают противоаллергическое действие.

Наш клинический опыт показывает, что препаратом выбора в лечении легких и среднетяжелых форм ОКИ, особенно у детей первого года жизни, является Смекта (диосмектит) [13, 14]. При тяжелом течении ОКИ оптимальна комбинация данного препарата с антибиотиками. Включение Смекты в комплексную терапию больных с тяжелыми формами ОКИ, эксикозом II–III степени позволяет быстрее и эффективнее компенсировать потери жидкости и электролитов, нормализовать кислотно-щелочное состояние, сократить продолжительность и частоту внутривенных инфузий [9, 15].

Необходимым условием повышения терапевтической эффективности энтеросорбентов является их назначение как можно в более ранние сроки болезни. Использование

препаратов с первых часов болезни значительно улучшает исход заболевания, особенно у детей раннего возраста, может оказывать «обрывающее» действие на течение ОКИ. Применение энтеросорбентов в поздние сроки (после 5–7-го дня), особенно при инвазивных ОКИ, меньше влияет на диарейный синдром, но оказывают выраженное дезинтоксикационное и энтеропротективное действие [9, 13].

К важным положительным моментам использования Смекты следует отнести и отсутствие влияния этих препаратов на состав нормальной микрофлоры кишечника [13].

Курс лечения Смектой обычно составляет 5–7 дней. Критерием для более ранней отмены препаратов является стойкая нормализация стула или его задержка в течение 2 суток. Дозы во время лечения уменьшать не рекомендуется.

В настоящее время накоплен достаточный клинический опыт, позволяющий рекомендовать использование сочетания пероральной регидратации и Смекты в качестве «стартовой терапии» как в стационаре, так и в поликлинике. Данное сочетание позволяет повысить эффективность терапии ОКИ у детей, сократить применение антибиотиков и инфузионной терапии, избежать их побочного действия, уменьшает стоимость лечения [14, 16–18].

Патогенетическая и симптоматическая терапия

В острую фазу болезни патогенетически обосновано назначение этиотропной терапии в сочетании с оральной регидратацией. Оральная регидратационная терапия повсеместно признана самым эффективным оружием в борьбе против острой диареи, и широкое использование с первых часов появления симптомов кишечной дисфункции глюкозосолевых растворов, рекомендованных ВОЗ для профилактики и лечения обезвоживания организма, привело к значительному уменьшению смертности и осложнений болезней, связанных с диареей. Общеизвестно, что лишь 5–15% больных ОКИ нуждаются во внутривенной регидратации, а в 85–95% случаев она должна осуществляться оральным способом [15, 19, 20]. С этой целью используются растворы оральных регидратационных средств: Цитроглюкосалан, Глюкосалан, Регидрон, Гастролит и др. Регидратационная терапия традиционно осуществляется в два этапа: 1 этап (первые 6 ч) – ликвидация имеющегося обезвоживания, возникающего к началу лечения (ориентировочный объем необходимой жидкости – 50–80 мл/кг при I степени эксикоза и 100 мл/кг при II степени эксикоза); 2 этап – коррекция продолжающихся потерь (в среднем, объем вводимой жидкости равен 80,0–100,0 мл/кг) [19, 20]. Эффективность оральной регидратации во многом зависит от правильной техники ее проведения (главный принцип – дробное введение жидкости). Необходимым условием также является определение оптимального состава жидкости. У детей раннего возраста (до 3-х лет) глюкозосолевые растворы целесообразно сочетать с бессолевыми (чай, вода, рисовый отвар, отвар шиповника и др.) в соотношении:

- 1 : 1 – при выраженной водянистой диарее;
- 2 : 1 – при потере жидкости преимущественно со рвотой;
- 1 : 2 – при потере жидкости с перспирацией (при гипертермии и умеренно выраженном диарейном синдроме) при синдроме энтероколита при инвазивных ОКИ, когда

эксикоз связан не столько с потерей жидкости, сколько с перераспределением ее между клеткой и внеклеточным пространством. Введение солевых и бессолевых растворов чередуется (их нельзя смешивать!).

Оральную регидратацию можно проводить не только в стационаре, но и в домашних условиях (под наблюдением врача или медицинской сестры). Она не должна прекращаться и во время сна ребенка, при этом жидкость можно вводить через соску шприцем или пипеткой. При отказе от питья оральную регидратацию можно проводить с помощью капельницы через желудочный зонд или соску.

Эффективность оральной регидратации оценивается по следующим критериям: уменьшению объема потерь жидкости (с рвотой и стулом); прибавке массы тела; исчезновению клинических признаков обезвоживания; нормализации диуреза, показателей кислотно-щелочного состояния, гемоглобин/гематокрит; улучшению общего состояния ребенка. При проведении оральной регидратации в стационаре следует обязательно поводить учет потерь жидкости со стулом и рвотными массами (взвешивать сухие и использованные пеленки), измерение температуры и количества выделенной мочи.

К сожалению, применение только оральной регидратации не ведет к заметному сокращению объема, частоты и длительности диареи, однако способствует быстрому восстановлению водно-электролитного баланса [20, 21].

Диетотерапия является постоянным и ведущим компонентом терапии ОКИ на всех этапах болезни. Объем и состав питания зависят от возраста ребенка, характера предшествующего вскармливания, тяжести заболевания и наличия сопутствующей патологии. Детей, находящихся на грудном вскармливании, одновременно с проведением оральной регидратации продолжают кормить грудью или сцеженным молоком 6–8 раз в сутки, прикладывая к груди на более короткий, чем обычно, срок. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получают заменители женского молока, при этом предпочтительны кисломолочные смеси («НАН кисломолочный», «Агуша»), а при «водянистой» диарее, протекающей с лактазной недостаточностью – низко- и безлактозные смеси («НАН безлактозный», «НАН соевый», «Алфаре» и др.). Таковы же принципы питания детей старше 1 года: увеличение кратности приемов пищи, уменьшение ее объема на один прием, использование кисломолочных продуктов (кефир, «Агуша» и др.), йогуртов («Актимель»), каш и пюре на овощном отваре, тертых и печеных яблок, омлета, позже – творога. К 3–5 дню болезни в большинстве случаев рекомендуется переход на физиологический, соответствующий возрасту рацион с ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Исключают блюда, усиливающие брожение и стимулирующие секрецию и выделение желчи (цельное молоко, ржаной хлеб, сырые овощи, кислые фрукты, мясные бульоны) [22, 23].

Антидиарейные препараты. Среди множества известных антидиарейных (симптоматических) средств в клинической практике используются: препараты кальция, антихолинэргетики, препараты висмута, берберин, хлорпромазин, опиатные производные (лоперамид), ингибиторы син-

теза простагландинов (индометацин), вяжущие (танин) и др. Большинство из перечисленных выше препаратов эффективны лишь в комплексной терапии секреторных ОКИ у детей старше одного года.

Как показывает наш опыт, использование антиперистальтических (лоперамид) и антисекреторных препаратов в виде монотерапии недостаточно эффективно, сопровождается серьезными побочными реакциями – вплоть до развития динамической кишечной непроходимости, поэтому они в детской практике применяются ограниченно.

Ферментотерапия в комплексе с диетотерапией направлена на коррекцию вторичных нарушений пищеварения на фоне ОКИ (нарушение всасывания и переваривания белка, жира, углеводов). Рекомендуются начинать ферментотерапию в стадии репарации и продолжать ее в течение 2–4 нед, при необходимости курсы повторяют со сменой препарата. Вид фермента подбирают в зависимости от преобладания тех или иных нарушений полостного пищеварения, о чем, при отсутствии других возможностей, косвенно судят по копрограмме и характеру стула. При преимущественном нарушении переваривания жира, что проявляется появлением большого количества нейтрального жира в копрограмме, предпочтение следует отдавать препаратам, содержащим ферменты поджелудочной железы, в частности, минимикросферическую (микротаблетизированную) форму панкреатина. При снижении желудочной секреции, что проявляется стойкой анорексией, назначают препараты, содержащие ферменты слизистой оболочки желудка. При нарушении переваривания растительной клетчатки, крахмала, мышечных волокон используются поликомпонентные препараты.

Коррекция дисбактериоза кишечника. Известна важная роль индигенной (нормальной) микрофлоры кишечника, представленной, прежде всего, бифидобактериями и лактобактериями, в поддержании витаминного и ферментного баланса в организме и формировании колонизационной, неспецифической резистентности, а также выполнение ими не менее важных функций, таких как трофическая, энергетическая, стимуляция перистальтики кишечника, детоксикация, разрушение мутагенов, образование сигнальных молекул (нейротрансмиттеров) и др. При ОКИ у детей всегда имеет место нарушение нормального биоценоза, но в разной степени (в зависимости от этиологии и тяжести болезни, характера вскармливания, предшествующей терапии антибиотиками) [7, 10, 12]. В настоящее время выбор биологических препаратов для коррекции дисбиозов, в том числе отечественных зубиотиков (пробиотиков), очень велик, предпочтение следует отдавать комбинированным препаратам.

Кроме пробиотиков, для коррекции нарушений в составе микробиоты рационально применять пребиотики – естественные олигосахариды и синтетические дисахариды. Они не расщепляются в тонком кишечнике, но ферментируются в толстой кишке представителями нормальной микрофлоры, служат субстратом для ее роста и оказывают целый ряд воздействий на организм (стимулируют секрецию муцина, оказывают иммунопротекторное действие, нормализуют нарушения моторики кишечника). Олигосахариды содержатся в большом количестве в грудном молоке и целом ряде овощей и злаков (лук, овес, чеснок, топинамбур и

др.). В педиатрии нашел широкое применение синтетический дисахарид лактулоза и появились адаптированные смеси, заменители грудного молока с добавлением пребиотиков («Лемолак», «Омнео» и др.).

Новым направлением в коррекции дисбиозов, возникающих при ОКИ, а также их профилактики, является использование пробиотических кисломолочных продуктов, содержащих, например, *Lactobacillus casei* DN-114001 («Актимель»), либо продуктов с добавлением пробиотиков, например, бифидобактерий B12 («НАН 6–12», «НАН кисломолочный» и др.), которые показаны как в острую фазу, так и в период реконвалесценции [23, 24].

Противорвотная терапия. Детям, поступающим в стационар в первые 2 дня с клинической картиной пищевых токсикоинфекций, обязательно требуется промывание желудка 2% раствором бикарбоната натрия (с помощью зонда) до появления чистых промывных вод, после чего (через 1–2 ч) следует начать оральную регидратацию. Процедура противопоказана при тяжелом состоянии больного, сопровождающемся снижением артериального давления. При нечастой, но упорной рвоте в более позднюю фазу болезни (центрального генеза) назначают противорвотные препараты: метоклопрамид, домперидон.

По показаниям назначают также другие симптоматиче-

Таблица. Тактика комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей*

Фаза болезни	Тяжесть болезни и особенности течения	Секреторные диареи		Инвазивные диареи	
		вид терапии	показания	вид терапии	показания
А. Острая фаза (начало, разгар, обострение, рецидив)	Стертая (субклиническая)	Без лечения		Бактериофаги	
				Всем	
	Легкая	Оральная регидратация	При эксикозе 1 ст.	Оральная регидратация	При эксикозе 1 ст.
		Энтеросорбенты (Смекта)	Всем	Энтеросорбенты Бактериофаги	Всем при известной этиологии (из очагов)
		Диета	Всем	Стартовые антибактериальные препараты Диета	Только детям группы «риска»
	Среднетяжелая	Промывание желудка	При ПТИ в первые 2 дня болезни	Промывание желудка	Всем
		Оральная регидратация	При эксикозе I, II ст.	Оральная регидратация	При ПТИ в первые 2 дня болезни
		Энтеросорбенты (Смекта)	Всем	Энтеросорбенты (Смекта)	При эксикозе I, II ст.
		Антидиарейные препараты	При больших одномоментных потерях жидкости через кишечник	Инфузионная терапия	Всем при известной этиологии (из очагов)
		Противорвотные средства	При упорной рвоте	Инфузионная терапия	Только детям группы «риска»
		Противорвотные средства	При упорной рвоте	Бактериофаги (в монотерапии в сочетании с антибактериальными средствами)	Всем
	Тяжелая	Диетотерапия	Всем	Диетотерапия	Всем
		Инфузионная терапия (парентеральная регидратация)	Эксикоз II, III ст.	Инфузионная терапия	При токсикозе, эксикозе II, III ст.
		Энтеросорбенты (Смекта)	Всем	Посиндромная терапия в отделении реанимации (по показаниям)	Всем
		Антидиарейные препараты	При больших одномоментных потерях жидкости через кишечник детям старше 6 лет	Антибиотики резерва Иммунотерапия (КИП, лизоцим) в сочетании с антибиотиками	При токсикозе, эксикозе II, III ст.
		Посиндромная терапия в отделении реанимации		Антибиотики резерва Иммунотерапия (КИП, лизоцим) в сочетании с антибиотиками	Всем
		Диетотерапия	Всем	Диетотерапия	При сальмонеллезе детям группы «риска»
Б. Фаза репарации и реконвалесценции	Гладкое течение повторное бактериовыделение Вторичная панкреатопатия (реактивный панкреатит) Дисахаридазная недостаточность Аллергоэнтеропатия Дисбактериоз кишечника	Щадящая диета на 2–3 недели. Фитотерапия, витаминотерапия Специфические бактериофаги (1 или 2 курса) Электрофорез гумизола на 10 дней Неспецифическая иммунотерапия «Панкреатическая» диета (детям до 1 года – обезжиренные или содержащие среднецепочечные триглицериды смеси; старше года – стол 5П) Ферментотерапия (Креон, Мезим-форте и др.) – курсом 2–3 недели Симптоматические средства Низколактозная диета (детям до 1 года – смеси на соевой основе) Ферментотерапия (Креон, Мезим-форте и др.) Элиминационная диета (детям до 1 года – безмолочные (соевые) или полуэлементные смеси на основе гидролизатов белка). Ферментотерапия (Креон, Мезим-форте и др.), Антиаллергические препараты (кромогликат) Кисломолочные смеси (НАН кисломолочный, Бифидок, Бифилакт, Биофруктолакт и др.), пробиотические продукты питания (Актимель, Активиа). Пребиотики и пробиотики (не сочетать с бактериофагами и антибиотиками!). Энтеросорбенты (Смекта) Ферментотерапия (Креон, Мезим-форте и др.), витамины			

*Приложение к Пособию для врачей «Лечение острых кишечных инфекций у детей» МЗ РФ (утверждено секцией по педиатрии Ученого совета МЗ РФ 25.11.2002 г)

ские средства – жаропонижающие (при гипертермии, угрозе развития судорог – парацетамол), спазмолитические, витамины и прочее.

Резюмируя вышеизложенное, еще раз следует подчеркнуть, что в острой фазе болезни при водянистых (секреторных) диареях ведущее место занимают оральная регидратация и энтеросорбенты (Смекта), а при инвазивных формах ОКИ – также и другие виды этиотропной терапии (см. таблицу); при постинфекционных дисфункциях – патогенетическая и симптоматическая терапия (в зависимости от ведущего синдрома, поскольку, как правило, постинфекционные синдромы – вторичная панкреатическая недостаточность, дисахаридазная недостаточность, дисбактериоз – сочетаются друг с другом, но с разной степенью выраженности каждого из них).

В связи с тем, что элиминация возбудителя, полная репарация кишечника и восстановление его нарушенных функций наступают значительно позже, чем исчезают клинические проявления болезни, дети, перенесшие острые кишечные инфекции (особенно при осложненном их течении), нуждаются в наблюдении участкового врача и проведении необходимого обследования (контрольные бактериологические посевы кала, копрограмма, по показаниям – анализ кала на дисбактериоз, УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови и проч.) и дополнительного последующего лечения (см. таблицу) в течение 1–3 мес.

Литература

1. Вовк Е.И., Машарова А.А., Верткин А.Л. Острые кишечные инфекции в практике врача скорой помощи. Лечащий врач 2002; (1–2): 58–62.
2. Лобзин Ю.В., Якунин С.Б., Захаренко С.М. Практические рекомендации по ведению больных с инфекционной диареей. Клиническая микробиологическая и антимикробная терапия 2001; 3(2): 162–82.
3. Онищенко Г.Г. Контроль за инфекционными заболеваниями – стратегическая задача XXI века. Эпидемиология и инфекционные болезни 2002; (6): 4–16.
4. World Health Organization. The World Health report 1996: fighting disease, fostering development. Report of the Director-General. Geneva: WHO. 1996.
5. Ивашкин В.Т., Шентулин А.А., Баранская Е.К. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом острой диареи. Пособие для врачей. М.: МЗ РФ, 2002; 8.
6. Милютин Л.Н., Горелов А.В., Воротынцев Н.В. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций у детей. М., 1998; 86.
7. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Воротынцев Н.В., Каншина О.А. Комплексная терапия острых кишечных инфекций в условиях поликлиники: Методические рекомендации. М., 1999; 34.
8. Горелов А.В., Малеев В.В., Милютин Л.Н. Эмпирическая антибактериальная терапия острых кишечных инфекций у детей. Антибиотики и химиотерапия 2001; 3(2): 19–24.
9. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Воротынцев Н.В. Изучение острых кишечных инфекций у детей. Эпидемиология и инфекционные болезни 1999; (2): 41–5.
10. Воротынцев Н.В., Мазанкова Л.Н. Острые кишечные инфекции у детей. М.: Медицина, 2001; 476.

смекта

АДСОРБЕНТ + ЦИТОМУКОПРОТЕКТОР

Ваша уверенность в лечении диареи

- ✓ Эффективна при диарее любого генеза
- ✓ Назначается с первых дней жизни
- ✓ Не нарушает экологии кишечника
- ✓ Входит в российские стандарты лечения диарей у детей

Регистрационное удостоверение П №015155/01-2003

смекта
смекта

смекта

смекта

при:
– поносе
– изжоге
– вздутии

11. Учайкин В.Ф., Гаспарян М.О., Новокшенов А.А. Пробиотики в комплексном лечении кишечных инфекций у детей. Биопрепараты 2001; (1): 4–6.
12. Новокшенов А.А., Соколова Н.В. Новое в лечении кишечных инфекций у детей. Лечащий врач 2002; (6): 9.
13. Воротынцева Н.В., Горелов А.В., Тартаковская Р.А. Клинико-экспериментальное обоснование применения Смекты в комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей. Педиатрия 1992; (7–9): 46–8.
14. Горелов А.В. Современные подходы к стартовой терапии острых кишечных инфекций. Вопросы современной педиатрии 2003; 3(3): 17–20.
15. Айзенберг В.Л. Неотложные состояния при острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста (клиника, диагностика, патогенез, терапия). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1993; 40.
16. Dupont C., Moreno J., Barau E. Effect of diosmectite on intestinal permeability changes in acute diarrhea: a double-blind placebo-controlled trial. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992; 14: 413–9.
17. Madkour A.A. Smectite in acute diarrhea in children: a double-blind placebo-controlled clinical trial. J Pediatr Gastroenter Nutr 1993; 2(17): 176–81.
18. Guarino A., Bisceglia M. Smectite in the Treatment of Acute Diarrhea: a nationwide randomized controlled study of the Italian Society of Pediatric Gastroenterology and Hepatology in Collaboration With Primary Care Pediatricians. J Pediatr Gastroenter Nutr 2001; 32(1): 71–5.
19. Воротынцева Н.В., Малеев В.В., Милютин Л.Н. и др. Проведение пероральной регидратации детям с острыми кишечными инфекциями: Методические указания. М.: МЗ СССР, 1988; 10.
20. Диенко Г.И. Нарушения водно-солевого обмена у детей раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями и их коррекция в зависимости от степени обезвоживания. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1984; 24.
21. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Принципы диагностики и лечения острых кишечных инфекций. Лечащий врач 1999; (7): 40–4.
22. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Плоскирева А.А. Современные принципы диетотерапии острых диарей. Медицинская помощь 2000; (6): 28–31.
23. Плоскирева А.А. Клинико-лабораторная эффективность различных видов вскармливания у детей первого года жизни, больных острыми кишечными инфекциями: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2003; 24.
24. Горелов А.В., Малеев В.В., Усенко Д.В. Опыт применения нового пробиотического продукта Актимел в комплексном лечении кишечных инфекций. Эпидемиология и инфекционные болезни 2003; (1): 50–1.

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

Сравнение эффективности энтеральной и парентеральной регидратации у детей с гастроэнтеритом: мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований

С целью сравнения эффективности двух методов регидратации – парентерального и энтерального – при лечении детей с гастроэнтеритом австралийскими исследователями проведен мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований. Источниками информации служили MEDLINE, EMBASE и регистр рандомизированных контролируемых исследований библиотеки Cochrane. Для выявления еще неопубликованных и находящихся в процессе выполнения исследований были установлены контакты с известными учеными и группами экспертов. Всего было отобрано 16 рандомизированных исследований, в которые были включены 1545 детей в возрасте до 15 лет с продолжительностью заболевания менее 1 нед, получавшие энтеральную или парентеральную регидратацию, было проведено сравнение частоты побочных реакций, случаев отсутствия эффектов от лечения, прибавки массы тела за период терапии и продолжительность госпитализации и стоимости лечения.

По сравнению с группой детей, получавших парентеральную регидратацию, дети, которым проводилось энтеральное восполнение жидкости, имели значительно меньшее число побочных эффектов, включая летальный исход или появление судорог (относительный риск 0,36; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,14–0,89), и значительно меньшую продолжительность пребывания в стационаре (в среднем 21 ч; 95% ДИ, 8–35 ч). В 2-х группах детей не было различий по прибавке массы тела за период лечения (в среднем – 26 г; 95% ДИ, –61–10 г). Общее число отсутствия эффектов от лечения при энтеральной регидратации составило 4% (95% ДИ, 3,0–5,0%). Таким образом, авторы сделали заключение, что у большинства детей с гастроэнтеритом энтеральная регидратация является не менее, а в ряде случаев более эффективной, чем парентеральная, и связана со значительно меньшим числом побочных реакций и меньшей продолжительностью госпитализации.

Источник: Fonseca B.K., Holdgate A., Craig J.C. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158(5): 483–90.