

Э.Н. Федулова

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий

Терапия воспалительных заболеваний толстой кишки у детей

ПРОБЛЕМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ САМЫХ СЛОЖНЫХ В СОВРЕМЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, ОСОБЕННО В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО ТЕМ, ЧТО, НЕСМОТРЯ НА УСПЕХИ В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНИ И СОЗДАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ, ЗА ПОСЛЕДнюю ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ВОЗРОСЛА В 8–14 РАЗ. КРОМЕ ТОГО, УВЕЛИЧИЛАСЬ В 1,5 РАЗА ЧАСТОТА ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ, ПОЯВИЛИСЬ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ РАЗВИТИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ, РАННЯЯ ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ЧТО ТРЕБУЕТ РАЗРАБОТКИ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, БОЛЕЗНЬ КРОНА, ЛЕЧЕНИЕ, ДЕТИ.

38

Контактная информация:

Федулова Эльвира Николаевна,
кандидат медицинских наук,
заведующая отделом патологии
толстой кишки Нижегородского НИИ
детской гастроэнтерологии
Росмедтехнологий
Адрес: 603005, Нижний Новгород,
ул. Семашко, д. 22,
тел. (831) 436-67-06
Статья поступила 03.10.2007 г.,
принята к печати 14.02.2008 г.

Согласно этиопатогенетической модели воспалительных заболеваний толстой кишки, разработанной в Нижегородском НИИ детской гастроэнтерологии, эти заболевания представляются как каскад самоподдерживающихся патофизиологических реакций: адаптационно-микроциркуляторных, гипоксическо-метаболических, аутоиммунного воспаления и дисбиотических нарушений, развивающихся на фоне генетических особенностей организма под влиянием неблагоприятных воздействий факторов внешней среды (рис. 1) [1]. Учитывая представленную концепцию, терапия воспалительных заболеваний толстой кишки предусматривает воздействие на все ее звенья: уменьшение антигенной нагрузки, противовоспалительное действие, улучшение микроциркуляции, детоксикация, нормализация биоценоза кишечника, коррекция дефицитных состояний, иммунокоррекция, снятие психо-эмоционального напряжения. Для решения поставленных задач используются следующие виды лечения: диетотерапия, лекарственная терапия, фитотерапия, оперативное лечение.

Большое значение, особенно при неспецифическом язвенном колите, в лечении воспалительных заболеваний толстой кишки уделяется диетотерапии (стол № 4 по Певзнеру). Данная диета предусматривает исключение из рациона всех молочных продуктов, ограничение жирных продуктов и легкоусвояемых углеводов, ограничение овощей, фруктов, ягод, соков. Пища должна приготавливаться на пару, в духовке, в отварном виде. Жареные блюда, маринады, соленья, копчености, консервы запрещаются. Расширение диеты в период стойкой ремиссии должно быть постепенным, проводиться только после совета с врачом и обязательно под контролем кишечных проявлений у больного. При ухудшении стула и, тем более, появлении крови в кале вновь введенный продукт немедленно должен быть исключен из питания.

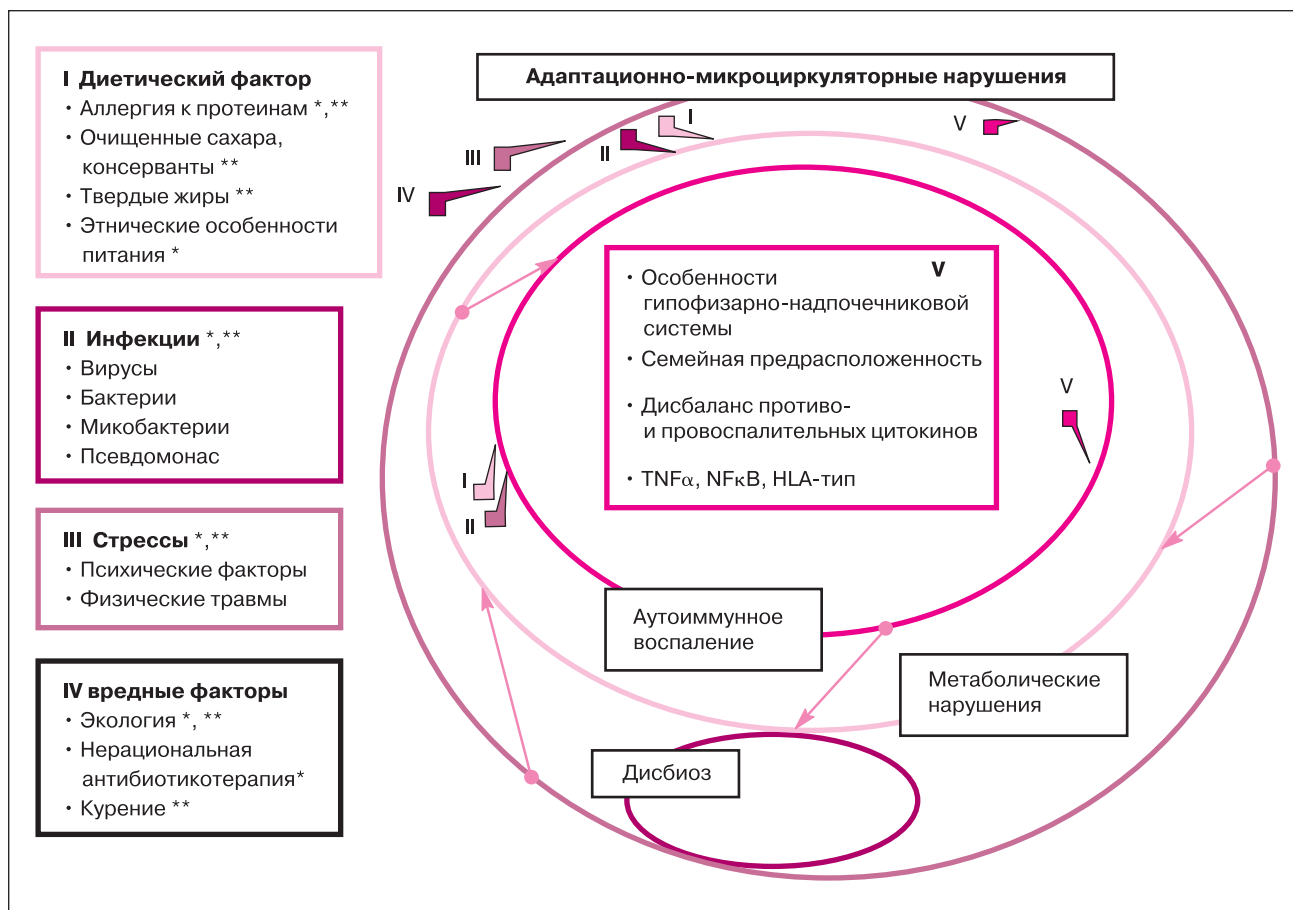
E.N. Fedulova

Nizhny Novgorod Research Institute of Children's
Gastroenterology of Rosmedtehnologii

Therapy of inflammatory colonopathy in children

THE PROBLEM OF NON-SPECIFIC ULCER COLITIS IS ONE OF THE MOST COMPLICATED ONES IN MODERN GASTROENTEROLOGY, ESPECIALLY IN PEDIATRIC PRACTICE. THIS IS DUE TO THE FACT THAT DESPITE SUCCESSES IN STUDYING THE PATHOGENESIS OF THE DISEASE AND CREATION OF ANTI-INFLAMMATORY MEDICATIONS OF THE NEW GENERATION, IN THE PAST QUARTER OF THE CENTURY THE INCIDENCE OF ULCER COLITIS HAS INCREASED AT 8–14 TIMES. BESIDES, THE INCIDENCE OF PATHOLOGICAL PROCESS FORMATION IN THE INFANCY HAS INCREASED AT 1.5 TIMES, HEAVIER EXTRAENTERIC MANIFESTATIONS APPEARED, DEVELOPMENT OF RESISTENCE TO TRADITIONAL THERAPY IS OBSERVED MORE OFTEN, EARLY INCAPACITATION OF PATIENTS, WHICH NEEDS DEVELOPING NEW METHODS OF TREATMENT.

KEY WORDS: NON-SPECIFIC ULCER COLITIS, CROHN'S DISEASE, THERAPY, CHILDREN.

Рис. 1. Этиопатогенетическая концепция воспалительных заболеваний толстой кишки

Примечание:

Экзогенные факторы: * — при неспецифическом язвенном колите, ** — при болезни Крона.

Медикаментозная терапия воспалительных заболеваний толстой кишки комплексная, включает разнообразные группы препаратов, действующие на разные патогенетические звенья (рис. 2).

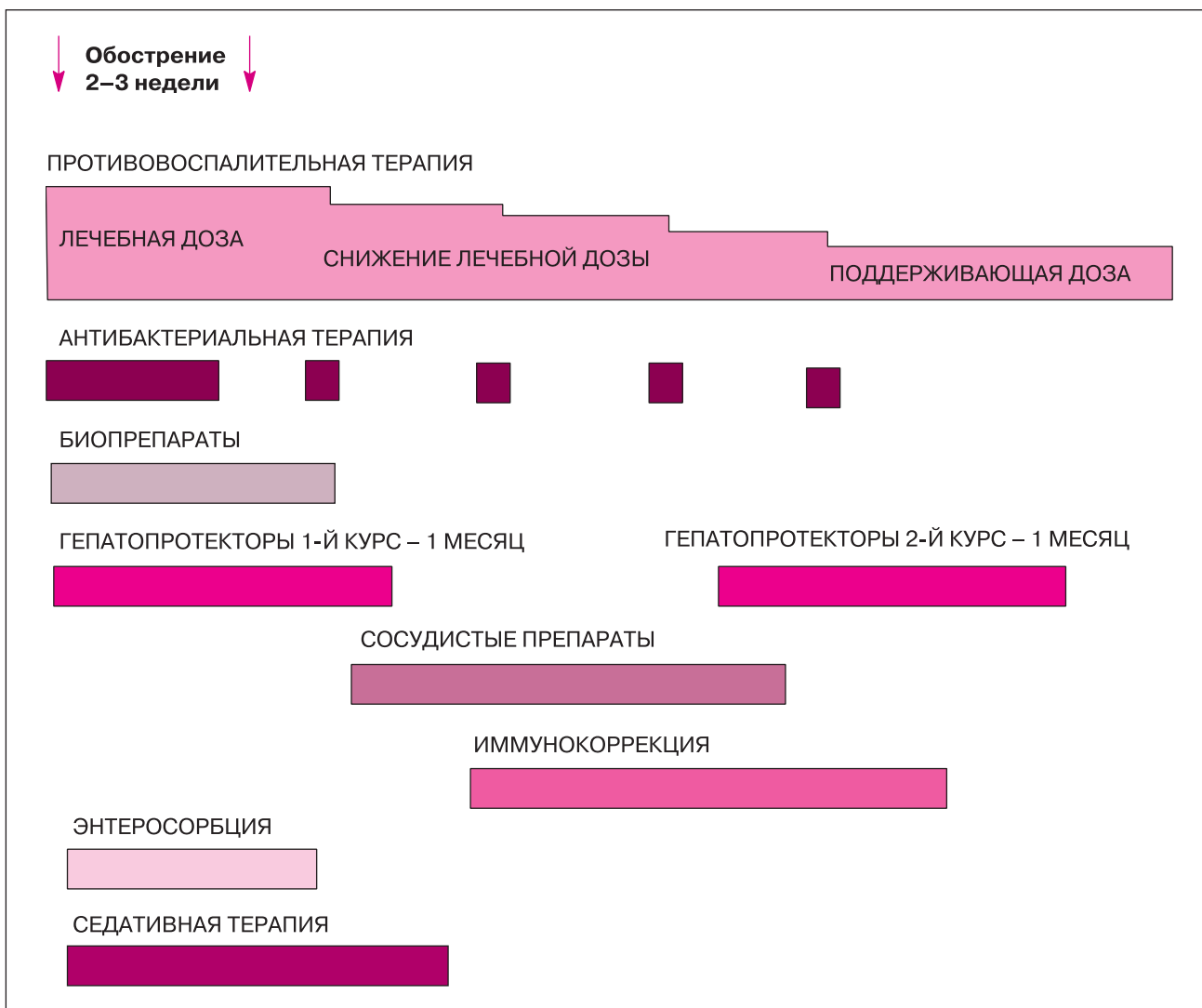
В настоящее время традиционный подход к базисному противовоспалительному лечению воспалительных заболеваний толстой кишки предусматривает первоочередное назначение препаратов 5-аминосалициловой кислоты. С 1940 г. среди медикаментозных средств противовоспалительного действия ведущая роль в терапии этих заболеваний принадлежит азосоединениям сульфаниламидов и 5 — аминсалициловой кислоты (сульфасалазин, салазопиридазин, салазодиметоксин и другие отечественные и зарубежные препараты). Изучение фармакокинетики салазопиридазина закрепило мнение об основном его действующем начале — 5-аминосалициловой кислоте, которая оказывает влияние на обмен мукополисахаридов, тормозит синтез лейкотриенов. Противоречивые данные о воздействии салазопиридазина на синтез простагландинов остаются до сих пор предметом активной дискуссии. Продолжает обсуждаться сейчас и значение сульфаниламидного компонента этих препаратов. Так, ряд исследователей придерживается точки зрения о положительной антибактериальной роли сульфаниламидного компонента, что открывает пути для использования других средств этой фармакологической группы в чистом виде (Сульгин, Фталазол). В клинике Нижегородского НИИ детской гастроэнтерологии

применение Сульфасалазина при болезни Крона показало более выраженный терапевтический эффект по сравнению с препаратами 5-аминосалициловой кислоты в «чистом виде».

С другой стороны, имеются сторонники отрицательного отношения к сульфаниламидным компонентам, которые расцениваются ими лишь как средство доставки 5-аминосалициловой кислоты к месту воспаления и источник побочных эффектов, таких как: диспептический синдром, агранулоцитоз, гемолитическая анемия, токсическое действие на печень и почки, а так же аллергические реакции. Обсуждая проблему побочных эффектов, связанных с использованием сульфаниламидов, по нашим данным из этого списка следует исключить диспептический синдром, который отмечался у 80–100% больных с воспалительными заболеваниями толстой кишки еще до назначения какого-либо лечения. Среди других нежелательных проявлений, связанных с поступлением в организм сульфаниламидов, у наших пациентов отмечались нарушения в различных кровяных ростках (1,5%) и кожные аллергические реакции (0,5%) [1].

Как только было установлено, что 5-аминосалициловая кислота является основным действующим метаболитом сульфоаминосалицилатов, фармакологами был принят следующий логический шаг — разработка препарата, в котором эта часть составляла бы единственный активный ингредиент. С тех пор для 5-аминосалициловой кислоты было введено в практику непатентованное

Рис. 2. Схема медикаментозной терапии воспалительных заболеваний толстой кишки



40

Лекция

название «месалазин». Исследования по его использованию в форме таблеток с энтеросолюбальным покрытием (Салофальк, Самезил, Мезакол и т.п. патентованные препараты) показали, что противовоспалительная активность этих препаратов существенно не отличается от Сульфасалазина, однако отмечено меньшее количество токсикоаллергических побочных эффектов [2, 3]. Указанные свойства повышают перспективы применения этих лекарственных средств для длительной, многолетней противорецидивной терапии язвенно-воспалительных поражений толстой кишки. Для лечения болезни Крона тонкокишечной локализации преимущество имеет препарат «пентаса», представляющий собой гранулированную форму месалазина, способную освободиться, начиная с двенадцатиперстной кишки.

Препараты 5-АСК назначаются в средней суточной дозе 0,25 г на 1 год жизни (по месалазину, доза Сульфасалазина соответственно в 2 раза выше) и приблизительный курс приема лечебной дозы, как правило, составляет 3–4 недели. Снижение ее проводится медленно: по 0,25 г каждые 2 нед под прикрытием кишечных антисептиков до поддерживающей дозы, которая составляет 1/2 от лечебной, либо до полной отмены. Решение вопроса о поддерживающей дозе зависит от характера течения заболевания: при непрерывнорецидивирующем

течении поддерживающая доза остается постоянной вплоть до следующего обострения, при рецидивирующем течении препараты 5-АСК снимаются полностью [1].

Ряд исследователей отмечают, что при выраженной активности воспалительных заболеваний толстой кишки противовоспалительного действия препаратов 5-аминосалициловой кислоты недостаточно и считают необходимым дополнительное назначение кортикостероидов [4, 5]. Этой точки зрения придерживаются и другие специалисты, которые допускают возможность достижения лечебного эффекта за 3–6 нед только при использовании глюкокортикоидов. Успех применения гормональной терапии обусловлен способностью этой группы препаратов оказывать противовоспалительное и иммуносупрессивное действие путем стабилизации клеточных мембран, угнетения хелперной активности Т лимфоцитов, подавления синтеза простагландинов и других медиаторов воспалительной реакции, что в свою очередь способствует снижению интенсивности таких реакций гуморального иммунитета как антителообразование. Несмотря на это, некоторые авторы считают, что благоприятное воздействие кортикостероидов кратковременно и при снижении их дозы частота рецидивирования заболевания возрастает. При дистальном язвенном колите с минимальной или умеренной активностью воспалительного

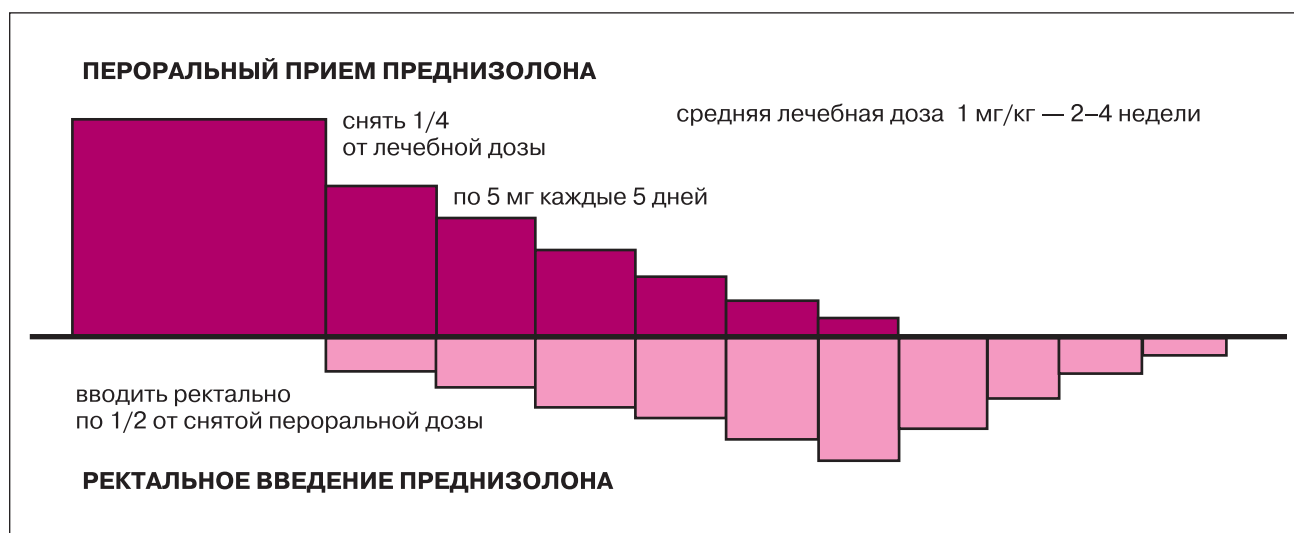
процесса в слизистой оболочке толстой кишки введение кортикостероидов в клизмах нередко оказывается более эффективным, чем их пероральное применение. Считается оправданным назначение кортикостероидов и с целью замещения исходно сниженной функции коры надпочечников [1]. Мы придерживаемся точки зрения, что назначение глюкокортикоидов должно проводиться по максимально строгим показаниям из-за осложнений и легко возникающей гормональной зависимости. Этот вид лечения показан только при тяжелом, быстро прогрессирующем течении болезни, протекающей с выраженной интоксикацией, при длительном отсутствии лечебного эффекта от препаратов 5-АСК или наличии какого-либо побочного действия, а также по показаниям при активных внекишечных проявлениях [1]. Одной из возможных схем отмены гормонов с целью преодоления гормонозависимости является постепенный перевод на ректальное введение с дальнейшей их отменой (рис. 3). Сведения о целесообразности назначения глюкокортикоидов в зависимости от тяжести и периода болезни достаточно разноречивы [6, 7]. В последнее время наряду с классическими кортикостероидами (Гидрокортизон, Преднизолон) назначают препараты, мало всасывающиеся в кишечнике и обладающие минимальным системным действием, — Будесонид, тикортол, метасульфобензоат преднизолона, дипропионат беклометазона. Эти препараты воздействуют на патологический процесс в толстой кишке преимущественно местно, даже при приеме внутрь, а системное действие не превышает 10% в сравнении с адекватной дозой преднизолона. При дистальных формах поражения или длительно сохраняющихся остаточных явлениях в прямой и сигмовидной кишках дополнительно в лечении применяется местная терапия, для которой используются гормональные средства, препараты 5АСК и различные составы, стимулирующие регенерацию. Один из таких составов предложен в нашей клинике и содержит: винилин 22,5 г, субнитрат висмута 5 г, оксид цинка 1,5 г, оливковое масло 500 г и *ex tempora* в 50 мл этого раствора добавляется 1 ампула интерферона. Такие клизмы вводятся 1–2 раза в день после естественной дефекации при купировании обострения воспалительного процесса в толстой кишке с целью улучшения репарации, микроциркуляции и местного иммунитета.

Во многих сообщениях отмечается эффективное лечение воспалительных заболеваний толстой кишки иммунодепрессантами: 6-меркаптопурином, циклоспорином, метотрексатом. При хорошей переносимости иммунодепрессанты в оптимальных дозах оказались эффективными как в острый период болезни (циклоспорин А), так и при назначении поддерживающей терапии при вялотекущих, торпидных процессах (6-меркаптопурин, метотрексат). Существенно, что положительный эффект наблюдается у некоторых больных, резистентных к стероидной терапии. Однако, в связи с выраженным токсическим действием, в детской практике эти препараты применяются редко [8, 9].

Новым направлением воздействия на основные патогенетические звенья язвенного колита является устранение явлений аутоиммунного воспаления в слизистой оболочке толстой кишки препаратами, содержащими цитокины ИЛ 10, ИЛ 11, а также антицитокины — антитела к ФНО α и их ингибиторы, что приводит к уменьшению резистентности к стероидной терапии. На современном этапе в терапии хронических воспалительных заболеваний кишечника у взрослых пациентов успешно применяется инфликсимаб — препарат, представляющий собой химерные IgG1 моноклональные антитела к фактору некроза опухоли альфа (ФНО α), которые нейтрализуют действие цитокина, играющего важнейшую роль в развитии неспецифической воспалительной реакции. Использование инфликсимаба в детской практике ограничено, не изучены отдаленные результаты [10–12].

На базе нашего института имеется опыт применения инфликсимаба (Ремикейд). Показанием к назначению послужила недостаточная эффективность терапии НЯК и болезни Крона препаратами 5-АСК и гормонами. Инфликсимаб назначался в дозе 5 мг/кг. Препарат вводился однократно трем пациентам, двукратно — в двух случаях, трехкратно (на 2-й и 6-й нед) трем наблюдаемым. Побочное действие имело место у двух детей на повторное введение (чувство жара, гиперемия кожи), понижение систолического артериального давления (у одного ребенка), потребовавшее временной остановки инфузии. На фоне применения инфликсимаба у всех детей с болезнью Крона и у одной пациентки с язвенным колитом получена быстрая положительная динамика. У трех наблюдаемых больных, имеющих проявления гемоколита,

Рис. 3. Схема снижения дозы гормонов



на следующий день после инфузии отмечено улучшение самочувствия, уменьшение кратности стула и примеси крови, на третий день — нормализация стула и копрограммы. У пациентов, не имевших проявлений гемоколита, — купирование абдоминального болевого синдрома и внекишечных проявлений. Нормализация гемограммы имела место у 7 из 9 детей. Определение уровня цитокинов в сыворотке крови (ИЛ 1 β , ФНО α , ИЛ 4, ИЛ 6) до и после однократной инфузии инфликсимаба в сыворотке крови показало достоверное снижение уровня ИЛ 1 β , ФНО α (в среднем на 65% от исходных значений). При повторных инфузиях (через 2, 6 нед и далее через каждые 8 нед) изменения были более выраженными и стойкими. Длительность стабильного периода после терапии инфликсимабом при динамическом наблюдении составила от 1,5 мес до 1 года (в среднем $5,1 \pm 1,6$ мес). У одного ребенка с язвенным колитом положительной динамики в ответ на две инфузии клинически и лабораторно получено не было.

Учитывая быстрый клинический эффект при неэффективности стандартной терапии, применение инфликсимаба при активной болезни Крона у детей, представляется перспективным. Показания при язвенном колите, а также схемы лечения требуют разработки.

В комплекс базисной терапии включается энтеросорбция, а в тяжелых случаях плазмаферез, гемо- и лимфосорбция, УФО крови. В настоящее время существует широкий выбор сорбентов в гранулированной, волокнистой, порошкообразной форме. Наиболее активными из них являются сорбенты последнего поколения («Ваулен» и «Энсорал»). Их назначают в течение 2 нед в 2 приема (6 ч и 21–22 ч), что позволяет избежать сорбирование пищи и медикаментов при обострении заболевания.

Отношение к применению пробиотиков неоднозначно. В последние годы появляются публикации о неблагоприятном антигенном воздействии чужеродной микрофлоры, особенно при повышенной проницаемости слизистой оболочки толстой кишки, что, в свою очередь, может усугубить аутоиммунный воспалительный процесс. В связи с этим более целесообразным является назначение пребиотиков с целью стимулирования роста собственных нормальных микроорганизмов (Эубикор, Хилак-форте).

При уменьшении гемоколитического синдрома с целью нормализации микроциркуляции в слизистой оболочке толстой кишки назначают ангиопротекторы курсами на 1,5–2 мес (Пармидин, Трентал).

Иммуноткоррекция проводится при достижении клинической ремиссии. В нашем институте предложено использование Димефосфона в комплексной терапии воспалительных заболеваний толстой кишки как препарата, обладающего иммунокорректирующим эффектом, а также нормализующим микроциркуляцию в слизистой оболочке толстой кишки. Назначение Димефосфона при неспецифическом язвенном колите позволяет повысить эффективность терапии примерно в 2,5 раза, способствует удлинению сроков ремиссии в 1,5–2 раза [13].

С целью уменьшения медикаментозной нагрузки предлагается прием средств природного происхождения: седативные (отвар пустырника, корня валерианы, мяты перечной), кровоостанавливающие (отвар крапивы, тысячелистника, горца почечуйного, коры калины, цветов арники), вяжущие (отвар коры дуба, черемухи, корок граната, корневища змеевика, шишек ольхи серой, корня калгана (лапчатки прямостоячей), черники, череды). В период стихания обострения для индукции и поддержания ремиссии рекомендуется прием сбора трав: сушеница бо-

лотная (травя), календула лекарственная (цветки), ромашка аптечная (цветки), зверобой продырявленный (травя), ольха серая (соплодия), мята перечная (травя), подорожник большой (лист), алтей лекарственный (корень), тысячелистник обыкновенный (травя), тмин обыкновенный (плоды) в равных количествах (по 10 г). Способ приготовления традиционный: на 1 ст.л. сбора — 200 мл воды. Принимать по 1/4–1/3 стакана 3 раза в день перед едой.

Несмотря на достаточно широкий арсенал медикаментозных средств, разрабатываемых для лечения воспалительных заболеваний толстой кишки, в педиатрической практике основным в лечении остаются препараты 5-АСК, кортикостероидная терапия, а при отсутствии эффекта от консервативной терапии — оперативное лечение. Подход к хирургическому лечению воспалительных заболеваний толстой кишки сложен и неоднозначен. Отсутствие надежных прогностических критериев развития болезни, калечащий объем операции при ее радикальности порождают многообразие мнений об оптимальной хирургической тактике при неспецифическом язвенном колите. Удаление толстой кишки при тяжелом, резистентном к терапии течении неспецифического язвенного колита предотвращает вовлечение в патологический процесс других органов и систем. Однако, колэктомия, проведенная в раннем детском возрасте, может привести к нарушению минерального, электролитного обмена в организме, с развитием остеопороза. Кроме того, только интенсивная предоперационная подготовка и длительное послеоперационное лечение позволяют достигнуть хорошего эффекта. В связи с этим, уже сами хирурги-проктологи ставят вопрос о необходимости оптимизации сроков проведения операции. Проведение хирургического лечения при болезни Крона проводится только по жизненным показаниям, учитывая большую вероятность послеоперационных осложнений, распространенность процесса (возможное поражение желудочно-кишечного тракта от языка до ануса) и частое рецидивирование [14].

Длительная лекарственная терапия воспалительных заболеваний толстой кишки оказывает токсическое действие на многие органы больных детей, особенно на печень, а стойкие постоянные ограничения в диете отражаются на эмоциональном статусе ребенка, ухудшают качество жизни пациентов. В связи с этим в нашей клинике успешно апробирована лечебная сухая полноценная смесь для больных с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) «MODULEN IBD» (производитель компания Nestle, Швейцария), которая содержит трансформирующий фактор роста β (TGF- β_2), определяющий его терапевтическое действие. Углеводы смеси представлены полимером глюкозы, липиды — молочным жиром (55,6%), кукурузным маслом (13,9%) и среднецепочечными триглицеридами (26%). При стандартном разведении энергетическая ценность 1 мл продукта составляет 1 ккал, осмолярность — 315 мОсм/л. Смесь содержит адекватное количество витаминов и минеральных веществ. Может использоваться в качестве единственного источника питания в активной фазе болезни или как дополнительное питание в любом периоде заболевания, не содержит лактозу и глютен (табл. 1), вводится перорально или через зонд. Показаниями к применению являются необходимость индукции или поддержания ремиссии, задержка роста и дефицит массы тела. В клинике «MODULEN IBD» получали 8 детей (4 девочки, 4 мальчика) в возрасте от 2 до 16 лет (средний возраст 11,1 года): из них у 4 пациентов был установлен диагноз «неспецифический язвенный колит», с болезнью Крона на-

Таблица 1. Информация о пищевой ценности продукта
«MODULEN IBD»

Пищевая ценность, среднее содержание	Ед. изм.	в 100 мл готовой смеси
Энергетическая ценность	ккал кДж	100 420
Белок (14% общего поступления энергии)	г	3,6
Углеводы (44% общего поступления энергии)	г	11
Жиры (42% общего поступления энергии), включая	г	4,7
• линолевая кислота	г	0,43
• а-линоленовая кислота	г	0,04
• среднецепочечные триглицериды	г	1,2
Холестерин	мг	6,7
Микро- и макроэлементы:		
Натрий	г	0,035
Калий	мг	120
Кальций	мг	91
Фосфор	мг	61
Магний	мг	20
Хлор	мг	75
Железо	мг	1,1
Цинк	мг	0,96
Медь	мг	0,10
Марганец	мг	0,20
Фтор	мкг	< 2,0
Хром	мкг	5,1
Молибден	мкг	7,5
Селен	мкг	3,5
Йод	мкг	10
Витамины:		
Витамин А	мкг	84
Витамин D	мкг	1,0
Витамин E	мг	1,3
Витамин K	мкг	5,5
Витамин C	мг	9,7
Тиамин (Витамин B ₁)	мг	0,12
Рибофлавин (Витамин B ₂)	мг	0,13
Пантотеновая кислота (Витамин B ₅)	мг	0,5
Витамин B ₆	мг	0,17
Витамин B ₁₂	мкг	0,32
Ниацин (Витамин PP)	мг	1,2
Фолиевая кислота	мкг	24
Биотин	мкг	3,2
Холин	мг	7,2
Инозит	мг	4,1

блюдалось четверо детей. Трое пациентов находились в послеоперационном периоде. Оперативное вмешательство выполнялось в связи с развитием осложнения болезни Крона в виде стенозирования кишки. Физическое развитие было нормальным лишь у 1 ребенка, у остальных наблюдавшихся детей отмечался дефицит массы тела (табл. 2). Указанная смесь назначалась как дополнительное питание к безмолочному диетическому столу (№ 4 по Певзнеру) в дозе 200–600 мл в сут (в среднем по 150 мл на второй завтрак и полдник) в течение 3–6 нед. У 7 (из 8 пациентов) отмечена хорошая переносимость продукта. Отрицательная реакция на применения смеси отмечена у одного ребенка с неспецифическим язвенным колитом на 5–6-й день приема в виде появления примеси крови в кале, которая купи-



**Полноценное
питание-здоровый
ребёнок!**

Если ребенок
много и интенсивно
учится

При отставании
в росте и весе

Если ребенок плохо
ест, часто болеет

При больших
физических нагрузках
и занятиях спортом

Реклама. Товар сертифицирован



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

Таблица 2. Характеристика группы пациентов, получавших смесь лечебного питания «MODULEN IBD»

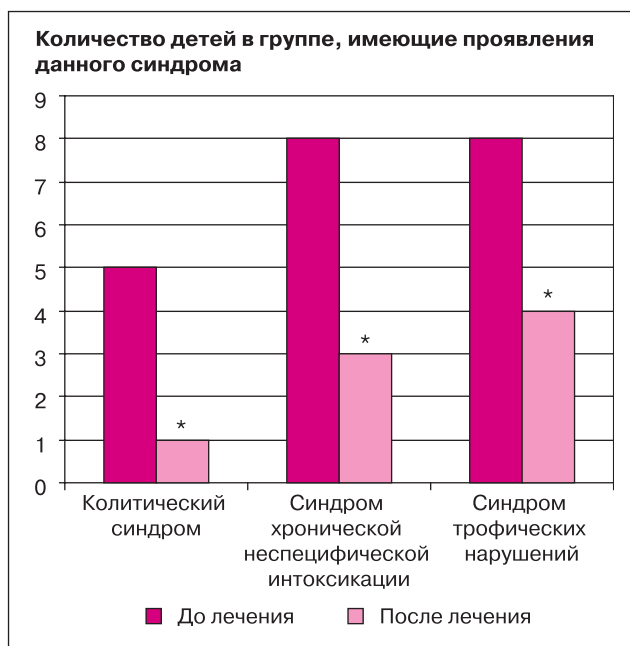
Характеристика группы		Количество детей, N = 8
Основной диагноз	Неспецифический язвенный колит	N = 4
	Болезнь Крона	N = 4
Сопутствующая патология	Хронический гастродуоденит	N = 6
	Дискинезия желчевыводящих путей	N = 6
	Дисбиотическое состояние кишечника	N = 8
Физическое развитие	Нормальное	N = 1
	Дефицит массы тела	N = 7

рвалась после назначения сорбентов и отмены смеси. Клинико-анамнестические данные у этого пациента позволяют связать эту реакцию с индивидуальной непереносимостью белка казеина. У всех детей, получавших смесь полным курсом в составе комплексной терапии, отмечена положительная клиническая динамика в виде улучшения самочувствия (100%), уменьшения выраженности астении, синдрома неспецифической интоксикации, трофических нарушений, прибавки в массе от 500 г до 4 кг (в среднем 1,8 кг), уменьшения клинико-лабораторных показателей активности по основному заболеванию. Улучшение характера стула (снижение кратности до 1–2 раз в день, густая консистенция) отмечено у 6 из 8 детей ($p < 0,05$) (рис. 4).

Дополнительно следует отметить хорошие вкусовые качества смеси, что обеспечивает повышение аппетита, положительный эмоциональный настрой ребенка и заменяет в питании молоко детям, чувствующим себя ущербными на постоянной безмолочной диете.

Смесь «MODULEN IBD» может быть использована у детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, в том числе в активной фазе заболевания, а также в послеоперационном периоде, за исключением пациентов, имеющих непереносимость казеина.

Таким образом, несмотря на достижения в области лечения воспалительных заболеваний толстой кишки, необходим поиск новых патогенетически действующих препаратов и оптимизация схем назначения известных.

Рис. 4. Клинические проявления до и после комплексной терапии с включением смеси лечебного питания «MODULEN IBD»

Примечание:
* — $p < 0,05$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Копейкин В.Н. Механизмы формирования и система оптимизации лечения неспецифического язвенного колита у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Нижний Новгород. — 1996. — С. 189.
2. Ardizzone S., Doldo P., Ranzi T. et al. Mesalazine foam (Salofalk foam0) in the treatment of active distal ulcerative colitis. A comparative trial vs Salofalk enema // Ital. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1999. — V. 31. — P. 677–684.
3. Clemett D., Markhan A. Prolonged — realise mesalazine — A review of its therapeutic potentials in UC and CD // Drugs. — 2000. — V. 59. — P. 929–956.
4. Румянцев В.Г., Шигалева Н.Е. Неспецифический язвенный колит. В кн.: Детская гастроэнтерология (избранные главы) / Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. — М., 2002. — С. 542–554.
5. Румянцев В.Г., Шигалева Н.Е. Болезнь Крона. В кн.: Детская гастроэнтерология (избранные главы) / Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. — М., 2002. — С. 555–567.
6. Modigliani R., Mary J.Y., Simon J.F. et al. Clinical, biological, and endoscopic picture of attacks of Crohn's disease: evolution on prednisolone. Groupe d'Etude Therapeutique des Affections Inflammatoires Digestives // Gastroenterology. — 1990. — № 98. — P. 811–818.
7. Yang Y.X., Lichtenstein G.R. Corticosteroids in Crohn's disease // Am J. Gastroenterol. — 2002. — № 97. — P. 803–823.
8. Candy S., Wright J., Gerber M. et al. A controlled double blind study of azathioprine in the management of Crohn's disease // Gut. — 1995. — № 37. — P. 674–678.
9. Feagan B.G., Fedorak R.N., Irvine E.J. et al. A comparison of methotrexate with placebo for the maintenance of remission in Crohn's disease. North American Crohn's Study Group Investigators // N. Engl. J. Med. — 2000. — № 342. — P. 1627–1632.
10. Siddiqui M.A., Scott L.J. Infliximab: a review of its use in Crohn's disease and rheumatoid arthritis // Drugs. — 2005. — № 65. — P. 2179–2208.
11. Lichtenstein G.R., Yan S., Bala M. et al. Infliximab maintenance treatment reduces hospitalizations, surgeries, and procedures in fistulizing Crohn's disease // Gastroenterology. — 2005. — № 128. — P. 862–869.
12. Hyams J., Crandall W., Kugathasan S. et al. Maintenance therapy with infliximab every 8 weeks is superior to every 12 weeks in maintaining response and remission in pediatric patients // Gastroenterology. — 2006. — № 130 (suppl. 4). — A-12.
13. Гришина М.В. Димефосфон в комплексной терапии неспецифического язвенного колита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1994. — С. 25.
14. Федуллова Э.Н. Прогноз течения и оценка эффективности лечения неспецифического язвенного колита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Нижний Новгород, 2003. — С. 177.