

## Лечение острых диарей у детей в амбулаторных условиях

О диарее говорят тогда, когда частота стула и его количество увеличиваются, а консистенция становится жидкой.

Диарею по течению разделяют на острую (если ее продолжительность не превышает 2-3 недель) и хроническую (если она продолжается 4-6 недель и более). По этиологическому фактору диарея бывает инфекционная и неинфекционная. В настоящее время наиболее часто встречаются диареи инфекционной природы. Вызывать их могут некоторые вирусы, бактерии и паразиты. По клинической картине инфекционные диареи делятся на секреторные (водянистые, невоспалительные) и инвазивные (кровянистые, воспалительные).

**Секреторные диареи** обычно сопровождаются клинической картиной энтерита: обильный водянистый стул без патологических примесей, наличие в нем непереваренных остатков пищи, обнаруживаемых макроскопически, или микроскопически. Тяжесть состояния определяется степенью дегидратации при кратковременных и незначительных симптомах интоксикации. Они вызываются чаще всего вирусами, некоторыми бактериями, выделяющими энтеротоксин и, реже, простейшими.

При лечении секреторных диарей основной становится проблема восполнения потерь жидкости и электролитов. При регидратационной терапии преимущество отдается оральной регидратации, которая достаточно эффективна при эксикозах 1-2 степени, а при эксикозе 3 степени дополняется парентеральным введением жидкости. Оральная регидратация производится в два этапа и определяется степенью обезвоженности.

1 этап. (при легкой степени обезвоженности – эксикозе 1 степени потеря 4-5% массы тела): первичная регидратация (восстановление водно-солевого дефицита) проводится в течение 4-6 часов из расчета 50 мл/кг. Состояние оценивается каждые 4-6 часов и, если обезвоживание ликвидировано, проводится поддерживающая терапия, а если обезвоживание сохраняется – лечение повторяется в течение следующих 4-6 часов. Если же признаки обезвоживания усиливаются, то переходят на терапию, как при эксикозе 2 степени.

2 этап. (при умеренном обезвоживании – эксикозе 2 степени потеря 6-9% массы тела): первичная регидратация проводится в течение 6 часов из расчета

100 мл/кг. Оценка состояния: каждые 6 часов.

Критериями эффективности оральной регидратации являются: уменьшение потерь жидкости со стулом и рвотой, исчезновение жажды, повышение тургора тканей, увлажнение слизистых оболочек, увеличение диуреза, исчезновение признаков нарушения микроциркуляции. Поддерживающая терапия имеет своей целью адекватное восполнение текущих потерь жидкости. Приблизительный объем растворов на этом этапе составляет 10 мл/кг после каждого испражнения.

Для **оральной регидратации** используют глюкозо-солевые растворы: регидрон (следует учитывать, что препарат рассчитан на использование у старших детей и взрослых, и при использовании у детей первых 3 лет жизни его необходимо растворять в 2-кратном объеме воды), глюколан, цитроглюкосалан. У детей первых лет жизни (старше 4 месяцев) можно использовать раствор NIPP ORS 200 – сбалансированный углеводно-солевой раствор, содержащий комбинацию моркови, риса, минеральных веществ и легко усваиваемых углеводов, не содержащий лактозу, глютен и молочный белок.

Если в клинической картине заболевания в первые часы превалирует рвота (характерно для ротавирусной инфекции), то приходится прибегать к инфузионной терапии в первые сутки даже при дегидратации 1–2 степени. Для парентеральной регидратации используют солевые кристаллоиды: трисоль, квартасоль, ацесоль.

**Антибактериальная терапия** при секреторных инфекционных диареях назначается при наличии у детей в возрасте до 1 года иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфицирования, гемолитической анемии, сопутствующей иммуносупрессивной терапии и холеры (независимо от возраста ребенка). Таким детям показано лечение в условиях стационара. Антибактериальные препараты назначают после первого этапа регидратации, через 3-6 часов после госпитализации.

Широко используются нитрофурановые препараты, из которых наиболее удобен *Эрцефурил*. Он практически не всасывается из ЖКТ и не оказывает системного воздействия, легко переносится. Обладает при этом выраженным действием на многие формы аэробных Грам-положительных и Грам-отрицательных бактерий. Дозы: 1-6 мес. – по 1 мерной

ложке 2 раза в день, от 6 мес. до 2 лет – по 1 мерной ложке 3 раза в день, старше 2 лет – по 1 капсуле 3 раза в день. Курс – 7-10 дней.

Можно использовать *Фурадонин* или *Фуразолидон* в дозе 5-8 мг/кг в 3-4 приема курсом 5-10 дней, однако эти препараты гораздо хуже переносятся детьми. Применяется налидиксовая кислота (*Неграм*, *Невиграмон*) в суточной дозе 50-60 мг/кг в 3-4 приема 7-10 дней. *Хлорхинальдон* (*Квезил*, *Эфунгил*) активен в отношении стафилококков, протей, энтеробактерий, грибов. Обладает антипротозойной активностью. Дозы – 5-10 мг/кг/сут. в 2-3 приема, курс 5-7 дней.

Из относительно новых препаратов, которые рекомендуются для эмпирической терапии кишечных инфекций, можно выделить *Энтерофурил*, обладающий широким спектром противомикробной активности и малым числом побочных эффектов, что особенно ценно применительно к детскому возрасту.

Много лет при лечении диареи используются **сорбенты**. Выбор препаратов достаточно широк, однако последние годы у детей первых лет жизни широко и эффективно используют *Смекту* – алюминиевый и магниевый силикат, выделенный из ракушечника в Сардинии. Препарат удобен в использовании и хорошо переносится детьми. *Смекта* защищает слизистую оболочку ЖКТ от агрессии, обладает высокой связывающей способностью, нейтрализует и удаляет из организма токсигенные бактерии, вирусы, желчные кислоты, неперевариваемые сахара. Назначается: детям до 1 года по 1 пакетик в сутки, от 1 года до 2 лет – 2 пакетика, старше 2 лет – 2-3 пакетика в сутки. Курс лечения – 3-5 дней.

У более старших детей широко применяется поливалентный природный полимер лигнин, наиболее известный как *Полифепан* (нерастворимый в воде порошок темно-коричневого цвета без запаха и вкуса). У детей дошкольного возраста удобнее использование этого препарата в виде гранул (*Полифепан в гранулах*), имеющих сладкий вкус, так как содержат сахар. Назначают *полифепан* по 0,5-1 г/кг/сут. в 3-4 приема.

У детей любого возраста удобно использовать таблетированную форму препарата лигнина – *Фильтрум-СТИ*. Это природный энтеросорбент, продукт переработки древесины, обладает высокой сорбционной емкостью, нетоксичен и практически не имеет противопоказаний. Препарат активно связывает и выводит токсины, различные виды микроорганизмов, а также биологически активные вещества, способные накапливаться в организме ребенка. *Фильтрум-СТИ* улучшает перистальтику кишечника, положительно влияет на неспецифический иммунитет. Назначают по 2-3 таблетки 3 раза в сутки взрослым и детям старше 12 лет, детям до 1 года – 0,25-0,5 таблетки на прием. Курс энтеросорбентов составляет 3-5 дней.

## ФИЛЬТРУМ-СТИ®

### первая помощь при:



- **кишечных инфекциях**
- **различных видах отравлений**
- **синдроме раздраженного кишечника со склонностью к диареем**

**Пробиотикотерапия** назначается с первого дня заболевания. Длительность курса 10-14 суток, однако показана и в периоде реконвалесценции для восстановления нормальной микрофлоры кишечника на протяжении 2-3 недель. Пробиотики – живые микроорганизмы, остающиеся стабильными и жизнеспособными при их хранении и после введения в организм. Они должны выживать в кишечнике и оказывать положительное действие на организм хозяина. Наиболее широко применяются препараты «Линекс», «Бифиформ», «Энтерол-250», «Хилак-форте».

*Линекс* содержит лиофилизат молочнокислых бактерий. Нормализует, сохраняет и поддерживает физиологическое равновесие кишечной флоры. Дозы: детям до 2 лет – по 1 капсуле 3 раза в день, 2-12 лет – по 1-2 капсуле 3 раза в день, старше 12 лет – по 2 капсулы 3 раза в день. У маленьких детей содержимое капсулы можно высыпать и смешать с пищей, жидкостью.

*Бифиформ* содержит бифидобактерии и энтерококки. Препарат обладает широким спектром антагонистической активности в отношении патогенных и условно-патогенных бактерий. Имеется особая лекарственная форма для детей раннего возраста.

*Энтерол-250* содержит лиофилизированные сахаромицеты буларди, оказывает комплексное терапевтическое действие, особенно эффективен против клостридий, стафилококка, кандид, клебсиеллы, синегнойной палочки, кишечной палочки, сальмонелл, золотистого стафилококка и др. Препарат оказывает антитоксическое действие, способствует повышению местной иммунной защиты кишечника.

*Хилак-форте* содержит продукты обмена веществ естественных бактерий кишечника, лактозу, аминокислоты, короткоцепочечные летучие жирные кислоты. Дозы: младенцам – по 15-30 капель 3 раза в день, детям – 20-40 капель 3 раза в день, взрослым – 40-60 капель 3 раза в день. Препарат дается во время еды, при улучшении состояния дозы уменьшают в 2 раза.

**Ферментотерапия** назначается в стадии реконвалесценции при наличии признаков ферментативной недостаточности. Показаны препараты ферментов поджелудочной железы, основным компонентом которых является панкреатин. Большинство ферментных препаратов выпускаются в виде драже или таблеток в кишечнорастворимых оболочках, что защищает ферменты от высвобождения в желудке и разрушения соляной кислотой.

Существенным их недостатком является отсутствие детских форм, что заставляет дробить их перед употреблением. Широко применяемые ферментные препараты (*Панкреатин*, *Мезим форте*) изготовленные без защиты от соляной кислоты и измельчаемые перед употреблением, не обладают достаточной ферментной активностью в проксимальном отделе тонкого кишечника. В связи с этим для достижения необходимого терапевтического эффекта приходится назначать высокие дозы препарата.

Так, *Мезим форте* назначается в дозе 1 драже 3 раза в день. *Панкреатин* детям раннего возраста назначается в порошках, более старшего – в таблетках по 0,5; дозы: до 1 года – 0,1-0,15; 1-2 года – 0,2; 3-4 года – 0,25; 5-6 лет – 0,3; 7-9 лет – 0,4; 10-14 лет – 0,5 после еды 3 раза в день. Сейчас разработаны новые высокоактивные инкапсулированные гранулированные ферментные препараты в виде микросфер, покрытых кишечнорастворимыми оболочками и заключенных в капсулы. Микросферы можно смешивать с пищей, что делает применение и дозирование препарата более удобным. Наибольшую популярность завоевал *Креон 10000*. Курс ферментотерапии длится обычно до 2 недель.

**Диетотерапия.** В остром периоде диареи рекомендуется уменьшить суточный объем пищи на 1/3. У детей грудного возраста возможно увеличение кратности кормлений до 8-9 в сутки. У детей 1-го года жизни вскармливание грудным молоком должно сохраняться. Детям на искусственном вскармливании рекомендуется заменять обычные адаптированные молочные смеси на низколактозные. В рацион также вводят каши на воде. У детей старшего возраста придерживаются щадящей диеты, из рациона исключается жирная, жареная, копченая, грубая пища.

**Инвазивные диареи** вызываются преимущественно бактериями: шигеллами, сальмонеллами, энтероинвазивными и энтерогеморрагическими эшерихиями, кишечной иерсинией, кампилобакте-

ром, клостридиями, стафилококком. Кроме бактерий инвазивные диареи могут вызывать лямблия Гардиа, амеба гистолитика. Преимущественный механизм развития патологии – экссудативный (воспалительный). Инвазивные диареи протекают с поражением преимущественно толстого кишечника и характеризуются синдромом колита: малокаловый стул с примесью слизи, крови, иногда гноя. В клинической картине отмечаются схваткообразные боли в животе, тенезмы, спазмированная сигмовидная кишка. Симптомы интоксикации превалируют над клиникой дегидратации.

При лечении инвазивных диарей на первое место выходит адекватная **антибактериальная терапия**. Показаниями к ней являются:

1) гемоколит;

2) тяжелые формы заболевания;

3) среднетяжелые и легкие формы заболевания у детей до 1 года, у детей старше 1 года при наличии иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфицирования, сопутствующей иммуносупрессивной терапии, гемолитической анемии, вторичных бактериальных осложнений, внекишечных очагов инфекции, шигеллеза и амебиаза;

При легких и среднетяжелых формах заболевания эмпирическим методом при первой встрече с больным назначают антибактериальные препараты 1-го ряда (*Эрцефурил*, *Энтерофурил* и *Фуразолидон*, *Хлорхинальдон* и *Интетрикс*). Антибактериальные средства 2-го ряда применяются преимущественно в стационарах при неэффективности препаратов 1-го ряда, при тяжелых и, иногда, среднетяжелых формах заболевания. К ним относятся *налидиксовая кислота*, *Цефиксим* (*Супракс* можно использовать у детей старше 6 месяцев), *Цефтибутен* (*Цедекс*). При отсутствии положительного эффекта в течение 2-3 дней ребенок в обязательном порядке госпитализируется.

Регидратационная терапия при инвазивных диареях является вспомогательной и обычно применяют оральную регидратацию. При наличии инфекционного токсикога в тяжелых случаях используют инфузионную терапию, в легких и среднетяжелых случаях бывает достаточным использование растворов для оральной регидратации и энтеросорбентов.

Курс энтеросорбентов назначается на 5-7 суток. Правила назначения пробиотиков, ферментопрепаратов и диетотерапии не меняются.

## Литература

1. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Лечение острых кишечных инфекций у детей (Руководство для врачей). М. 2002г.
2. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра. М. 2001г.
3. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. СПб. 1998г.
4. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Инфекционные диареи. Русский медицинский журнал т. 9, 2001г., № 16 - 17, стр. 679 - 683.