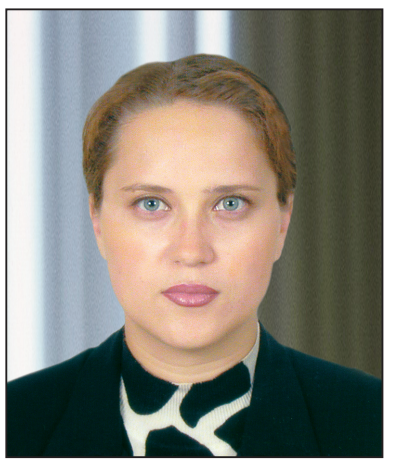
ZU_2014_ped2_finish.qxd 03.06.2014 15:05 Page 41

О.Ю. Белоусова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Хронические энтериты у детей

«В гастроэнтерологии особенно много нерешенных проблем в разделе заболеваний кишечника. Исключив из номенклатуры кишечных болезней хронические энтериты и колиты, ничего не предложили взамен. Между функциональными расстройствами кишечника типа синдрома раздраженной кишки, с одной стороны, и идиопатическими воспалительными заболеваниями типа язвенного колита и болезни Крона – с другой, образовался ничем не заполненный вакуум. Практическим врачам не ясно, как обозначать многочисленные болезни кишечника, которые еще недавно именовались хроническими энтеритами и колитами» (профессор Я.С. Циммерман).



О.Ю. Белоусова

Продолжая разговор о многообразии заболеваний кишечника, начатый в февральском номере Медицинской газеты «Здоровье Украины» статьей «Между синдромом раздраженного кишечника и хроническим язвенным колитом», невозможно еще раз не сослаться на процитированное выше высказывание из книги известного российского гастроэнтеролога-терапевта, профессора Я.С. Циммермана, которое, безусловно, по-прежнему актуально и имеет непосредственное отношение к педиатрической практике. И если хронический неязвенный колит нашел свое отражение в «Протоколах діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей», утвержденных приказом МЗ Украины № 438 от 26.05.2010 года, а также в приказе Министерства охраны здоровья № 59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» от 29 января 2013 года, что значительно уточнило и облегчило постановку этого диагноза в детском возрасте, то в отношении хронического энтерита ситуация несколько сложнее, так как это заболевание не нашло отражения в упомянутых протоколах. Поэтому представляется целесообразным осветить современные представления о хроническом энтерите у детей, ориентируясь на принятую форму протокола.

Прежде всего, следует подчеркнуть, что хронический энтерит – это заболевание тонкого кишечника, а хронический неязвенный колит – толстого, т.е. это различные процессы, затрагивающие различные отделы кишечника, несмотря на то что при обоих заболеваниях основным клиническим синдромом являются нарушения стула. Но при хроническом энтерите – это диарея, а при хроническом колите – преимущественно запор или, реже, смена запора поносом (так называемый запорный понос).

Хронический энтерит

Определение. Хронический энтерит – полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежат воспалительные и дистрофические процессы в стенке тонкой кишки, что приводит к нарушению пищеварения, всасывающей, выделительной и двигательной функций органа и, как следствие, к прогрессирующему нарушению обмена веществ.

Код по МКБ-10: K52.

Эпидемиология. Хронический энтерит довольно распространенное заболевание в детском возрасте, но истинная частота его нивелируется нечеткостью диагностики. Хронический энтерит необходимо отличать от хронического энтероколита: последний термин является собирательным и охватывает различные по патогенетической сущности процессы.

Классификация. В педиатрической практике обычно используется рабочая классификация хронического энтерита, предложенная Б.Г. Апостоловым.

Выделяют следующие параметры:

– происхождение – первичные и вторичные;

– этиология – постинфекционные, аллергические, вследствие врожденных ферментопатий; послеоперационные, смешанной этиологии;

– период заболевания – обострение, субремиссия, ремиссия;

– тяжесть – легкая, средней тяжести, тяжелая формы;

– течение – монотонное, рецидивирующее, непрерывно рецидивирующее, латентное;

– характер морфологических изменений – поверхностные, атрофические.

Этиология. Факторами риска хронического энтерита у детей являются повторяющиеся нарушения режима и характера питания, ранее перенесенные инфекционные заболевания (дизентерия, сальмонеллез, брюшной тиф, энтеровирусные инфекции), токсические факторы. Существенную роль играют также предшествовавшие или сопутствующие хронические заболевания пищеварительной системы, аллергия, нервно-психические факторы.

Патогенез. Под влиянием этиологических факторов нарушается барьерная функция тонкой кишки, снижается активность мембранных ферментов, нарушается пристеночное и полостное пищеварение. В просвете тонкой кишки задерживаются продукты гидролитического расщепления пищевых веществ (прежде всего глюкоза и фруктоза), которые не только удерживают воду и увеличивают ее секрецию, но и являются благоприятной средой для развития дисбактериоза. Кишечная стенка становится проницаемой для белка, в результате развития воспалительного процесса нарушаются трофические функции эпителия слизистой, прогрессируют дистрофические изменения, усиливаются нарушения пищеварения и моторики, появляются и нарастают нарушения белкового, жирового, углеводного, минерального и витаминного обмена, степень выраженности которых коррелирует с тяжестью заболевания и возрастом детей.

Клиническая картина хронического энтерита у детей определяется тяжестью заболевания. При легком течении отмечаются лишь местные симптомы, связанные с нарушением функции кишечника. При среднетяжелом течении определяются также общие симптомы, обусловленные нарушением обмена веществ и функционального состояния других органов и систем. При тяжелом течении общие симптомы могут преобладать над местными. Легкие формы заболевания обычно малосимптомны, с монотонным течением; среднетяжелые и тяжелые формы часто рецидивируют.

Основными клиническими симптомами хронического энтерита являются диарея, метеоризм, боль в животе, полифекалия. Каловые массы чаще обильные, частота стула варьирует от 2-3 до 10-15 раз в сутки. Стул чаще светло-желтого цвета, содержащий большое количество слизи и кусочки непереваренной пищи. Иногда испражнения приобретают глинистую консистенцию, кал становится серым, блестящим, что связано с содержанием в каловых массах увеличенного количества жира. В зависимости от преобладания гнилостных или бродильных процессов в кишечнике испражнения, соответственно, зловонные, что обусловлено щелочной реакцией, или пенистые, с кислой реакцией.

Живот больного обычно вздут, перистальтика кишечника усилена, отмечается чувство тяжести и распирания в животе, которые уменьшаются после отхождения газов. Обычно эти симптомы усиливаются во второй половине дня, особенно после употребления жира, сахара, фруктов, овощей. У ряда детей аппетит снижен вплоть до развития анорексии. При пальпации живота отмечается умеренная разлитая болезненность, максимально выраженная слева и выше пупка, урчание петель кишечника. В разной степени выражены хронические расстройства питания, признаки полигиповитаминоза, повышенная утомляемость, раздражительность, слабость, вялость, головная боль. На характер клинических проявлений заболевания накладывает отпечаток частое вовлечение в патологический процесс других пищеварительных органов (желудок, печень, поджелудочная железа, желчный пузырь). У детей рано развивается эндогенная белковая недостаточность, что проявляется дефицитом массы тела, отставанием в росте, анемией, снижением иммунитета. В связи с развитием дефицита кальция могут отмечаться повышенная ломкость костей, остеопороз, гипокальциемические судороги. Часто отмечаются симптомы пищевой и лекарственной аллергии. У значительного большинства детей выражены проявления дисбактериоза кишечника за счет дефицита бифидофлоры и усиленного роста кишечной палочки с измененными ферментативными свойствами.

Следует подчеркнуть, что в начале заболевания в клинической картине преобладают симптомы, связанные с воспалительным состоянием кишечника, а по мере увеличения продолжительности – признаки, обусловленные нарушениями тонкокишечного переваривания и всасывания.

Диагностика. При постановке диагноза существенное значение имеет анамнез, который следует собрать со всей тщательностью. Необходимо обратить внимание на наличие заболеваний кишечника в семье больного, особенности питания и переносимость отдельных пищевых продуктов (особенно молока, сахара), перенесенные острые кишечные инфекции и паразитарные заболевания.

Обязательно проведение копрологического исследования, при котором обычно обнаруживают креаторею (большое количество мышечных волокон с сохраненной структурой), амилорею (внеклеточный крахмал), стеаторею (увеличено количество жира), которые являются следствием развития синдрома мальабсорбции, свойственного хроническому энтериту.

Исследование кала на дисбактериоз позволяет оценить состав кишечной микрофлоры, что имеет значение при выборе адекватной терапии. Широко используется определение энтерокиназы и щелочной фосфатазы в кале. В начале заболевания, а также при легком и среднетяжелом течении хронического энтерита уровень этих ферментов повышенный, по мере развития атрофических процессов в слизистой оболочке кишечника – снижается, что характерно для длительного и тяжелого течения болезни.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в случаях воспаления характеризуется деформацией складок слизистой, которые теряют свое обычное поперечное направление, могут не прослеживаться или быть беспорядочными, неодинаковой ширины, с зазубренностью по краям. С развитием атрофических изменений нарастает сглаженность рельефа слизистой оболочки, межскладочные промежутки не дифференцируются, контуры выравниваются. Характерно ускорение пассажа бариевой взвеси, что свидетельствует о нарушении моторики кишечника.

Исследование биоптата слизистой оболочки кишечника при хроническом энтерите в педиатрической практике применяется редко и только в специализированных учреждениях по строгим показаниям.

Лечение при хроническом энтерите включает диету, лекарственные средства, действие которых направлено на возобновление двигательной функции и трофики кишечника, пищеварительных и транспортных процессов в стенке кишки, устранение дисбактериоза, расстройств обмена веществ, повышение иммунологической реактивности организма.

Следует подчеркнуть, что основу лечения составляет правильно построенная диета с повышенным содержанием белка, физиологическим количеством жира и ограничением углеводов. В периоде обострения заболевания с целью механического щажения кишечника назначается голодная пауза на 8-12 часов с последующим пробным дозированным питанием (5-6 раз в сутки). Из рациона исключаются продукты, которые негативно сказываются на состоянии кишечника, прежде всего молоко, глютен, дисахариды, сырые овощи и фрукты, черный хлеб. Для дозированного питания детей раннего возраста используются кисломолочные продукты. Старшим детям назначаются последовательно лечебные столы № 4 (на 3-5 дней), № 4б (на 10-12 дней) с последующим переходом на стол № 4в.

Достаточное количество белка в диете достигается назначением отварного мяса и рыбы, протертого творога, белковых омлетов. После стихания острых воспалительных явлений целесообразно назначение детских питательных смесей, используемых не в качестве заменителей грудного молока (если речь идет о детях старше 2-3 лет), а в качестве нутритивной поддержки, и характеризующихся высоким содержанием полноценных белков, обогащенных незаменимыми жирными кислотами, водо- и жирорастворимыми витаминами. Нутриенты, содержащиеся в подобных смесях и поступающие энтеральным путем, создают условия для роста и регенерации эпителия, восстановления

Продолжение на стр. 42.

ZU_2014_ped2_finish.qxd 03.06.2014 15:05 Page 42

О.Ю. Белоусова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Хронические энтериты у детей

Продолжение. Начало на стр. 41.

функциональной активности кишечника и микробного пейзажа. Это позволяет усилить выработку интестинальных гормонов, нормализовать моторику кишечника, подготовить его к полноценному энтеральному питанию, предотвратить явления холестаза, остеопении и изменения толерантности к глюкозе. Лечебное, в том числе энтеральное, питание больных детей является важнейшей и неотъемлемой частью комплексной терапии различных заболеваний внутренних органов, включая диарейный синдром различной этиологии. Оптимально подобранная диета обеспечивает поддержание энергетических и пластических потребностей организма больного, служит самостоятельно воздействующим лечебным фактором. Питательные вещества, поступающие в организм с пищей, активно влияют на все обменные процессы, состояние иммунологической реактивности, функцию органов и систем. При этом энтеральное питание представляется крайне важным, так как оно является не только источником энергии и пластических веществ, но и своеобразной энтеротерапией.

Современные смеси для энтерального питания удовлетворяют почти все потребности организма в условиях действия стрессовых факторов и учитывают нарушенные функциональные возможности ЖКТ у детей благодаря сбалансированному составу по содержанию необходимых нутриентов, в том числе макро- и микроэлементов, которые представлены в наиболее легко усваиваемой организмом форме. Полноценные стандартные питательные смеси могут использоваться в качестве диеты для перорального дополнительного питания, а также в качестве единственного основного источника питания, если речь идет о младенцах и детях младшего возраста.

У детей младше 3 лет с этой целью можно использовать смеси – заменители грудного молока на основе гидролизатов белка. Пептиды, полученные при гидролизе сывороточного белка, более благоприятны для больных с нарушенной функцией ЖКТ. К преимуществам белковых гидролизатов следует отнести в данном случае легкость их переваривания и усвоения (даже при дефиците кишечных и панкреатических ферментов и ограничении всасывающей поверхности кишки), что обеспечивает относительный функциональный покой печени и поджелудочной железы.

Также детям до года в качестве смесей для энтерального питания можно применять безлактозные и низколактозные заменители грудного молока, которые полностью или практически не содержат лактозу, изоосмолярны, могут использоваться как через зонд, так и перорально. Кроме того, существует несколько специально разработанных лечебных формул, предназначенных для нутритивной поддержки детей с различными формами заболеваний кишечника.

У детей старшего возраста, не получающих в качестве нутритивной поддержки питательные смеси, количество жира ограничивается только при тяжелом течении хронического энтерита. Следует равномерно распределять суточное количество жира в течение дня. Полезно обогащение пищи полиненасыщенными жирными кислотами (растительные масла), которыми при хорошей переносимости можно заменить 1/3 сливочного масла.

Переносимость углеводов зависит от количества клетчатки и клеточных оболочек и особенностей гемицеллюлозы. Принимаются овощи, фрукты, крупы, содержащие мало клетчатки и клеточных оболочек. Необходимо применять специальные методы кулинарной обработки (варка на воде, на пару, механическое измельчение продуктов).

Рекомендуются следующие продукты и блюда: сухарики из белого хлеба; протертые супы на некрепком мясном бульоне; рубленые котлеты из мяса и рыбы; рисовая или манная каша на воде или молоке; яйца (сначала всмятку, затем – круто отваренные); сахар (до 40 г в день); кисели, желе из фруктов и ягод с высоким содержанием дубильных веществ; отвары из черники, шиповника; соки черной смородины, лимона; сливочное масло (добавляется к блюду по 5 г на порцию). Эта диета (№ 4) показана в первые 3-5 дней лечения. Затем больной переводится на диету № 4б, которая назначается на 10-12 дней, иногда на более длительный срок. Диета физиологически полноценная, содержание поваренной соли – в пределах нижней границы нормы (8-10 г). В рацион вводится пшеничный хлеб вчерашней выпечки, сухое печенье или несдобные хорошо пропеченные булочки 1-2 раза в день, супы на некрепком бульоне (мясном или рыбном) с хорошо разваренными крупой или вермишелью и мелко нарезанными овощами (картофель, кабачки, морковь, цветная капуста, тыква); постное мясо и рыба нежирных сортов, рубленые или куском, приготовленные на пару или отваренные; блюда и гарниры из перечисленных овощей в отварном или протертом виде, а также в виде паровых суфле; различные каши (кроме пшенной и перловой) на воде с добавлением 1/3 молока, паровые пудинги из яиц; кисели и протертые компоты, желе, суфле, муссы из сладких фруктов и ягод; при хорошей переносимости разрешается небольшое количество сладких сортов ягод в сыром виде (земляника, клубника, малина); соки, разбавленные горячей водой; кисломолочные продукты с низкой кислотностью, неострый сыр, творог в натуральном виде, протертый и в виде паровых или запеченных пудингов; соус молочный и фруктовый; сливочное масло добавляется к блюдам или дается с хлебом в небольшом количестве (5-15 г на прием).

В стадии ремиссии, а также при сочетании с заболеваниями других органов пищеварительного тракта рекомендуется диета № 4в, целевым назначением которой является обеспечение полноценного питания, сохранение состояния компенсации при заболеваниях кишечника и сопутствующей патологии пищеварительного тракта. В отличие от диеты 4б разрешается запекать блюда в духовке, пища дается преимущественно в неизмельченном виде; расширен ассортимент продуктов и блюд. При хорошей переносимости к супам и гарнирам прилагаются белокочанная капуста, зеленый горошек, молодая фасоль, свекла, спелые помидоры в сыром виде (до 100-200 г в день), листовой салат со сметаной, рассыпчатые каши (кроме пшенной и перловой), мелкие макароны, спелые мандарины и апельсины, сладкие арбузы, фруктово-ягодные соки из сладких сортов (яблочный, вишневый, клубничный), при хорошей переносимости – молоко в натуральном виде. При стойкой компенсации процесса и отсутствии сопутствующей патологии пищеварительного тракта может быть назначен общий стол.

Для ликвидации полигиповитаминоза при хроническом энтерите назначаются витамины в дозах, значительно превышающих потребность, преимущественно парентерально. Особенно показаны витамины группы В, которые благоприятно влияют на секрецию и моторику кишечника, нормализуют его ферментативную деятельность и оказывают дезинтоксикационное действие. Назначаются тиамин – 10 мг, рибофлавин – 10 мг, пиридоксин – 10 мг, фолиевая кислота – 10 мг, никотиновая кислота – 5-10 мг, цианокобаламин по 50-200 мг; курс лечения – 15-20 инъекций. Суточная доза аскорбиновой кислоты должна быть не менее 200-300 мг, ретинола – 2 мг.

Для усиления эффекта дието- и витаминотерапии при хроническом энтерите широко используются адсорбенты, вяжущие и обволакивающие средства. Вступая в реакцию с тканевым белком поверхности слизистой оболочки, в том числе поврежденной воспалительным процессом, они образуют нерастворимую пленку, покрывающую тонким слоем слизистую оболочку ЖКТ, и защищают ее от механических, термических и химических раздражителей, воздействия ферментов. Это способствует уменьшению проницаемости сосудистой стенки, отека, гиперемии и стиханию воспалительного процесса. Вяжущие средства растительного происхождения обладают также нерезко выраженным бактериостатическим и бактерицидным действием; они нередко применяются в качестве закрепляющих неспецифических средств, потому что, защищая рецепторы слизистой оболочки кишечника от раздражения, уменьшают его перистальтику. Для усиления эффективности воздействия вяжущие средства рекомендуется назначать за 20-30 мин до еды. К вяжущим средствам растительного происхождения относятся кора дуба, трава зверобоя, корневище горца змеиного, корневище с корнями кровохлебки, шишки ольхи, лист шалфея, цветки ромашки, плоды черемухи, корневище лапчатки прямостоячей, трава череды. К обволакивающим относятся крахмал, семена льна, корень алтея, корневище с корнями солодки. Противовоспалительным эффектом обладают трава зверобоя, цветки ромашки, листья шалфея, цветки календулы.

Настойку зверобоя дают по 40-50 капель 3-4 раза в день; настойку полыни горькой – по 15-20 капель за полчаса до еды 3 раза в день; отвар из оболочки и зерен граната в сочетании с ромашкой аптечной и мятой перечной (по 1 столовой ложке мяты и ромашки и $^1/_2$ столовой ложки оболочки граната залить 1 литром кипятка, настоять 2-3 ч, процедить и пить по 1-2 столовые ложки до еды 3 раза в день).

Более полному гидролизу пищевых продуктов способствуют ферментные препараты, которые содержат панкреатические ферменты животного (желательно свиного) происхождения, которые обычно назначаются 2-3-недельными циклами. Эффективность ферментных препаратов объясняется не только их замещающим действием, но и способностью повышать бактерицидность кишечного сока.

Показанием к назначению антибактериальных препаратов при хроническом энтерите является отсутствие эффекта от использования диеты, вяжущих и ферментных препаратов. Широкое распространение получили эубиотики, имеющие выраженное антибактериальное действие в отношении условно-патогенной микрофлоры.

Антибиотики и энтеросептики применяются только по строгим показаниям, при наличии признаков бактериальной инфекции и только в случаях неэффективности применения терапии первой линии. После курса антибактериальных препаратов в зависимости от характера выявленных нарушений микрофлоры могут назначаться пробиотики длительностью не менее 2-3 нед в обычных возрастных дозировках.

В периоде обострения заболевания, при выраженном поносе и явлениях токсикоза с эксикозом приходится прибегать к инфузионной терапии. Курс лечения составляет 5-6 инфузий. Парентеральное белковое питание используют только в случаях крайне тяжелого течения хронического энтерита с отеками, гипопротеинемией и гипоальбуминемией. В некоторых случаях белковые препараты целесообразно совместить с анаболическими стероидами, которые способствуют усилению синтеза белка.

Для устранения чувства жжения, зуда в аноректальной зоне, возникающих в связи с длительной диареей, прибегают к назначению ректальных процедур – микроклизмы, свечи.

После выписки из стационара в периоде реконвалесценции больной продолжает прием ферментов, витаминов А, С, B_1, B_2, B_6, фолиевой кислоты, пробиотиков. Врачебный осмотр после выписки из стационара – на протяжении полугода ежемесячно с копрологическим исследованием, затем – 1 раз в квартал.

Прогноз. При своевременном комплексном лечении прогноз в отношении полного выздоровления благоприятный.

Профилактика соответствует требованиям общей профилактики заболеваний органов пищеварения у детей.

Диспансеризация. В периоде ремиссии (не ранее, чем через год после обострения) осенью и весной показано противорецидивное лечение продолжительностью 1 мес: витамины B_1 и B_6 внутрь или парентерально, ферменты, биопрепараты, метилурацил – 10 дней. Осмотр врачом и копрологическое исследование – 2 раза в год. В период стойкой ремиссии осмотр 1 раз в год. Противорецидивное лечение весной и осенью на протяжении месяца (сборы лекарственных трав). Ребенок снимается с диспансерного учета не ранее чем через 3 года после наступления стойкой ремиссии.

***

Хронический энтерит – не редкое для детского возраста полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит в первую очередь формирование дистрофических процессов в тонкой кишке, приводящих к снижению барьерной и пищеварительно-транспортной функции тонкой кишки, заселению верхних отделов ее большим количеством микроорганизмов, к вторичным метаболическим и иммунным нарушениям, а также расстройствам функций нервной системы. Каждый случай этой патологии требует проведения тщательной дифференциальной диагностики и комплексной терапии, которая в большинстве случаев дает положительные результаты. В случае тяжелого течения болезни и отсутствия выраженного клинического эффекта от проводимой терапии врачу следует продолжать диагностический поиск и проводить тщательное поэтапное целенаправленное обследование ребенка с целью возможного выявления сложных форм заболеваний кишечника (целиакия, болезнь Крона и т.д.), требующих адекватной патогенетической терапии.

Список литературы находится в редакции.