

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Методические рекомендации

Новосибирск

2003

Управление здравоохранения администрации Новосибирской области

Российская академия медицинских наук

Сибирское отделение

Научный центр клинической и экспериментальной медицины

ООО «Биовеста»

«Утверждаю»

Директор ГУ НЦКЭМ СО РАМН
Чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор
В. А. Шкурупий

«Утверждаю»

Начальник
Управления здравоохранения
Администрации Новосибирской
области,
д.м.н., профессор

Н. Л. Тов

« ____ » _____ 2003 г.

« ____ » _____ 2003 г.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Методические рекомендации

Новосибирск

2003

УДК

ББК

Авторский коллектив:

Рябиченко Т. И., Денисов М. Ю., Пальцев А. И.,
Кутина С. Н., Слободская Е. Р., Калмыкова А. И., Хачатрян А. П.,
Петерсон В. Д., Косьянова Т. Г., Трунов А. Н.

**Комплексное лечение и реабилитация детей с патологией толстой кишки:
Метод. рек. / Под ред. проф. М. Ю. Денисова. — Новосибирск, 2003. — 28 с.**

В методических рекомендациях представлены новые подходы к реабилитации детей с хроническими заболеваниями толстой кишки, включающие дополнительно к традиционной терапии: коррекцию нарушенного микробиоценоза путем обеспечения адекватного лечебного питания и введения бактерий нормофлоры в различные отделы толстой кишки; нормализацию моторно-эвакуаторной функции кишки; улучшение показателей психического здоровья.

Рекомендации предназначены для педиатров, детских гастроэнтерологов и студентов медицинских вузов.

Методические рекомендации рассмотрены и одобрены Ученым советом Научного центра клинической и экспериментальной медицины СО РАМН (Протокол № от **.03.2003)

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор А. В. Чупрова

Доктор медицинских наук, профессор А. Р. Антонов

ВВЕДЕНИЕ

До настоящего времени традиционно терапевтические мероприятия при хронической патологии толстой кишки у детей ограничиваются противовоспалительной терапией и симптоматическим лечением, и зачастую проводятся без должного учета характера функциональных расстройств кишечника, степени нарушений нормофлоры кишечника и особенностей нарушения психического здоровья ребенка, что имеет важное значение для разработки дифференцированных индивидуальных подходов к лечению. Актуальной является проблема связи состояния психического здоровья и развития патологии толстой кишки. Общеизвестно отрицательное значение психических перегрузок и стрессов как факторов развития и прогрессирования заболеваний толстой кишки, остается неизученной обратная зависимость между нарушениями микробиоценоза и патологическими изменениями толстой кишки, с одной стороны, и состоянием психического здоровья, с другой. В первую очередь это важно для детей младшего возраста, у которых развитие центральных систем регуляции и становление психического статуса находится в процессе развития.

В какой-то мере это происходит в силу несовершенства существующих методов. Так, методики психологической коррекции для детей с патологией толстой кишки практически не разработаны. Недостаточность существующих до настоящего времени способов восстановления микробиоценоза кишечника с помощью перорального введения пробиоти-

ков, а также введения в прямую кишку живых бактерий нормофлоры связана с тем, что они частично погибают или теряют свои защитные свойства при прохождении желудочно-кишечного тракта. Этим обосновывается необходимость технологического усовершенствования указанных методов восстановления микробиоценоза у детей путем введения живых бактерий нормофлоры в различные отделы толстой кишки.

Создание комплексного подхода к больным с патологией толстой кишки, который включал бы как дифференцированные воздействия на основные патогенетические звенья формирования заболевания, включая устранение управляемых факторов риска, в том числе дисбиотических нарушений, морфофункциональных расстройств толстой кишки и нормализацию психического статуса больного, так и эффективные технологически усовершенствованные методы, является необходимым для повышения эффективности профилактики и лечения больных с патологией толстой кишки.

Итоги проведенных целенаправленных исследований позволили сформулировать ключевые направления предложенного метода биокоррекционной поддержки в программе реабилитации детей, страдающих толстокишечной патологией, основанные на учете клинкоморфофункциональных, дисбиотических и психологических особенностей её течения:

1. Коррекция нарушенного микробиоценоза путем обеспечения адекватного лечебного питания с учетом функциональных и дисбиотических расстройств толстой кишки (продукты функционального питания пробиотического действия);

2. Нормализация моторно-эвакуаторной функции кишки медикаментозными и немедикаментозными методами (оптимизация режима дня, ЛФК, ФТЛ, фармакологическая коррекция);

3. Этапная коррекция дисбиоза кишечника, основанная на индивидуальных особенностях микробиологических нарушений (3 этапа);

4. Нормализация психологического здоровья больных детей (проводится совместно с психологом и психотерапевтом).

Выбор приоритетов в реабилитационной программе должен определяться врачом на основании конкретной клинической ситуации (индивидуальный подход) с учетом указанных ключевых направлений.

1. Ключевые направления реабилитации больных

1) *Лечебное питание:*

Учитывая полученные результаты исследований, считаем, что основной реабилитационной программы является лечебное питание с учетом функциональных и дисбиотических нарушений кишечника, а также характера клинического течения болезни. Организация лечебного питания должна учитывать органное поражение пищеварительного тракта и быть направлена на уменьшение или устранение болевого абдоминального синдрома, нормализацию моторно-эвакуаторных нарушений кишечника, восстановление биоценоза толстой кишки, а также белкового, углеводного, жирового и электролитного обмена.

а) Диета, режим питания

Поскольку при хроническом колите среди прочих факторов риска высокий удельный вес принадлежит морфо-функциональным нарушениям толстой кишки, то важнейшей частью в тактике лечения этого заболевания должно быть лечебное питание. Основными принципами при этом должны быть обеспечение механического, химического и термического щажения слизистой оболочки, а также дробного и частого питания, небольшими по объему порциями, в период обострения до 4–5 раз в день. Частые и малые по объему приемы пищи позволяют нормализовать пищевой ритм, тем самым способствовать улучшению моторики кишечника. Пауза между прие-

мами пищи не должна превышать 4 часов. Не рекомендуется принимать пищу позднее, чем за 3 часа до ночного сна, а тем более в часы, отведенные для сна

При организации лечебного питания следует учитывать специфику клинических проявлений функциональных расстройств. При запорах, которые диагностируются примерно у половины (55,5%) пациентов, следует увеличить прием в пищу продуктов, богатых пищевыми волокнами (растительной клетчаткой). Предпочтение следует отдавать овощам, в особенности кабачкам, патиссонам, свекле, тыкве (при условии их хорошей переносимости). В рацион питания детей с запорами следует включать очищенные пшеничные отруби, чернослив, курагу, изюм и другие продукты, богатые ионами калия.

При послаблении стула у больных детей (2,8% случаев) в рацион питания следует включать протертые каши, слизистые супы, а также настои и отвары плодов черники, черной смородины, кизила, граната, грушевый сок, кисели, горячий крепкий чай.

б) продукты функционального питания пробиотического действия.

Наряду с общими мероприятиями по организации лечебного питания, в программу реабилитации детей с хронической патологией толстой кишки и дисбиозом целесообразно включать лечебные продукты питания, направленные на коррекцию нормальной микрофлоры кишечника (продукты функционального питания пробиотического действия). К ним относятся бифидосодержащие продукты лечебного питания, выпускаемые промышленным способом в г. Новосибирске. Продукты поступают в достаточном объеме в торговую сеть, что позволяет рационально решить проблему обеспечения ими пациентов. Бифидосодержащие продукты использованы двух видов:

– Продукты, сквашенные чистыми или смешанными культурами бифидо- и/или лактобактерий, в производстве которых активизация роста

достигается обогащением молока бифидогенными факторами различной природы. К этим продуктам относится «Бифилин-М». Бифилин-М вырабатывается на НПФ «Био-Веста» (г. Новосибирск) из коровьего молока путем сквашивания его штаммом *Bifidobacterium adolescentis* МС–42, обладающим способностью подавлять патогенную и условно-патогенную микрофлору кишечника. При этом сами бифидобактерии устойчивы к воздействию терапевтических доз наиболее распространенных антибиотиков [.].

Продукты, обогащенные бифидо- и/или лактобактериями. Таким продуктом являются диетические вафли «На здоровье!», которые вырабатываются ООО «Кондитер» (г. Новосибирск). Продукт обогащен *Bifidobacterium adolescentis* МС–42 и *Lactobacterium plantarum* 8 РА3, которые выращиваются отдельно на специальных средах в НПФ «Био-Веста».

На основании нашего опыта Бифилин-М следует назначать в качестве второго завтрака и полдника, то есть 2 раза в день. Длительность применения Бифилина-М определяется индивидуально в зависимости от состояния больного. Обычно минимальный курс составляет 1 месяц, максимальный — до 6–12 месяцев, в последующем этот продукт становился для целого ряда семей может стать традиционным продуктом питания. Продукт «На здоровье!» можно назначать по 1 вафле от 2 до 4 раз в день, по желанию — больше, но не более 12 вафель в день. Длительность употребления должна составлять 3 недели.

2). Нормализация моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

Другим необходимым условием усовершенствования реабилитации пациентов с толстокишечной патологией является нормализация моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Она достигается, прежде всего, оптимизацией режима дня, включая обязательный дневной отдых не менее 1–1,5 часов и режима питания — после еды (обед, ужин) рекомендует-

ся не принимать горизонтальное положение тела в течение 2–3 часов, наоборот, применять легкую физическую нагрузку на свежем воздухе не менее 30–40 минут. Пациентам необходимо избегать избыточных физических нагрузок, вызывающих скачкообразное повышение внутрибрюшного давления (поднятие тяжестей, резкие прыжки, интенсивный бег).

При моторно-эвакуаторных расстройствах пищеварительного тракта применяются прокинетики, повышающие тонус гладкой мускулатуры и, тем самым, нормализующие функциональные расстройства во всех отделах желудочно-кишечного тракта, в том числе толстой кишке. Из блокаторов допаминовых рецепторов предпочтение следует отдавать домперидону (мотилиум). Препарат эффективно воздействует на гладкую мускулатуру всего пищеварительного тракта, нормализуя антродуоденальную моторику, улучшая перистальтику.

3). Коррекция дисбиоза кишечника.

Подходы к коррекции нарушений микрофлоры толстого кишечника определяются характером нарушений микробного пейзажа, возрастом, преморбидным фоном, характером вскармливания и пищевой переносимости, и должны учитывать специфику лечения основного заболевания. Терапия осуществляется в три этапа: 1) подавление роста того или иного условно-патогенного микроорганизма (селективная деконтаминация); 2) заселение толстого кишечника нормальными симбиотами с помощью пробиотиков и 3) селективная стимуляция, направленная на активацию процессов роста и размножения эндогенной флоры.

Селективная деконтаминация проводится препаратами направленного действия — бактериофагами, которые обладают высокой специфичностью к условно-патогенным бактериям и играют в кишечнике роль факторов очищения (стафилококковый бактериофаг, коли-протейный бактерио-

фаг, пибактериофаг поливалентный, бактериофаг клебсиеллезный поливалентный). Избирательность фагов выше, чем у антибиотиков и химиопрепаратов, они оказывают значительно меньше побочных эффектов. Нормализация микрофлоры и отсутствие угнетающего действия на иммунологическую реактивность организма приводят к опосредованному стимулирующему влиянию бактериофагов на гуморальное и клеточное звено иммунитета.

На этапе селективной деконтаминации в связи с интоксикацией бактериальными токсинами важное значение имеет энтеросорбционная терапия. Наряду с традиционно применяемыми препаратами (энтеросгель, активированный уголь), могут быть использованы природные энтеросорбенты. Их применение в качестве добавок к пище, способствует детоксикации, адсорбции антигенов и бактериальных токсинов.

На основании нашего опыта в рацион питания больным со стафилококковым дисбиозом включалась БАД «Бицеол» («Цеосорб») (препарат разрешен к использованию МЗ РФ, рег. удостоверение № 001442 Р.643, выдано 24.04.2000 г.). Бицеол представляет собой измельченный природный цеолит Шивыртуйского месторождения (95% клиноптилолит и его геохимические разновидности, фракция до 1 мм), обладающий высокими сорбционными свойствами, не всасывается в пищеварительном тракте и выводится в неизменном виде. Больные принимают препарат 3 раза в сутки до еды, разовая доза составляла 0,15 г/кг. Перед приемом препарат размешивают в небольшом количестве воды. Длительность курса лечения составляет 12 дней, при этом другие энтеросорбенты не назначаются.

На втором этапе коррекция дисбиоза кишечника осуществляется путем применения биологических бактериальных препаратов на основе микроорганизмов — представителей нормальной микрофлоры человека (пробиотиков). Исходя из сложившегося в настоящее время мнения, что монокомпонентные лиофилизированные бифидо- и лактосодержащие пробиотики

для коррекции микрoэкологическxх нарушений у детей малоэффективны, целесообразно использовать препараты биовестин, биовестин-лакто (НПФ «Био-Веста», г. Новосибирск). Биовестин содержит в своем составе *B. adolescentis* МС-42, в 1 мл которого содержится 10^{10} живых бифидобактерий. Биовестин-лакто содержит *B. bifidum* и *B. adolescentis* в титре 10^{10} и живые лактобактерии (*L. plantarum* 8 РА3) в титре 10^8 . В этих препаратах бактерии находятся в живой биологически активной форме и поэтому начинают функционировать в кишечнике сразу же после их приема. Жидкие пробиотики содержат также продукты жизнедеятельности бактерий, полезные для организма человека (незаменимые аминокислоты, органические кислоты, интерферон-стимулирующие вещества).

Возможны два способа введения препаратов — пероральный и путем отдельного введения непосредственно в просвет толстой кишки. При пероральном способе пробиотики назначались за 20 минут до еды, запивая теплой водой в дозе от 1 до 3 мл два-три раза в день. Курс лечения от 2 недель до 3 месяцев в зависимости от состояния биоценоза кишечника, контролируемого лабораторными анализами.

Однако пероральное введение пробиотиков обладает рядом недостатков. Проходя через желудочно-кишечный тракт, бактерии подвергаются воздействию неблагоприятных для них факторов (желудочный сок, желчь, панкреатический и дуоденальный сок, тонкокишечные ферменты), под действием которых они частично погибают, а у оставшейся части снижаются антагонистические свойства, что удлиняет сроки лечения и снижает его эффективность.

Для обеспечения эффективной биокоррекционной поддержки больным с хронической воспалительной патологией толстой кишки нами был разработан способ, основанный на отдельном введении культуры бактерий нормальной микрофлоры кишечника в различные его отделы (патент на изобретение RU № 2092167, приоритет от 22.02.1995 г.). За прототип

был принят способ лечения дисбиоза путем введения в прямую кишку с помощью клизмы живых кишечных бактерий. Недостатком данного способа является то, что бактерии вводятся только в дистальные отделы толстой кишки (прямая и сигмовидная) и быстро элиминируются с каловыми массами. Поэтому требуются многократные введения культуры, что удлиняет сроки лечения. Кроме того, при введении живой культуры не учитывается активность роста бактерий, что снижает эффективность лечения.

Предложенный нами и апробированный способ предусматривает раздельное введение культуры из живых микроорганизмов нормальной микрофлоры кишечника с помощью колоноскопа: в восходящий отдел толстой кишки — лактобактерий, в поперечный отдел — бифидумбактерий, в нисходящий отдел толстой кишки — *E. coli.*, что позволяет создать оптимальные условия для их роста и размножения. Бактерии выращиваются на специальных средах и вводятся в активной фазе роста микробов, которая находится в пределах от 26 до 38 часов от начала культивирования.

Введение культур бактерий осуществляется следующим образом. После стандартной подготовки кишечника больного проводят колоноскопию. Эндоскоп вводят в слепую кишку. Через биопсийный канал в полость кишки проводят катетер и через него с помощью шприца вводят 20 мл предварительно приготовленной жидкой культуры лактобактерий. Затем колоноскоп, плавно вытаскивая, подводят к поперечному отделу толстой кишки, куда таким же образом вводят 20 мл культуры бифидумбактерий. В нисходящий отдел толстой кишки вводят 20 мл культуры кишечных палочек.

Культура бактерий для введения готовится в промышленных условиях (НПФ «Био-Веста»). Питательная среда с бактериями инкубируется в течение 26 — 38 ч. В 1 мл приготовленной культуры находится 10^7 – 10^8 живых бактериальных клеток.

На третьем, окончательном этапе биокоррекционной поддержки для селективной стимуляции роста нормальной микрофлоры кишечника используются как традиционно рекомендуемые фармакологические препараты пребиотического действия (хилак-форте, нормазе и др.), так и фитотерапия.

В качестве фитопрепарата назначается пятилистник кустарниковый, более известный как курильский чай (*Pentaphylloides fruticosa* (L.) O. Schwarz), семейство Розоцветных (Rosaceae). Он произрастает в Сибири и в приморских районах Дальнего Востока; в цветках и листьях содержатся дубильные вещества, аскорбиновая кислота, каротин, флавоноиды, сапонины, органические кислоты и эфирные масла. Курильский чай известен своими антимикробными, противовоспалительными, иммунокорректирующими и антиоксидантными средствами.

Настой курильского чая готовится из расчета 1 чайная ложка фитопрепарата на 1 стакан кипятка, и настаивается 4 часа. Пациенты принимают настой по 1/2 стакана за 30 минут до еды 3–4 раза в день, длительность курса 20–30 дней.

4). Нормализация психического здоровья.

Взаимосвязь психического состояния человека и функционального состояния пищеварительного тракта известна давно. Хронические стрессы, приводящие к изменению баланса нейромедиаторов и порога чувствительности к ним висцеральных рецепторов определяющих восприятие боли и моторно-эвакуаторную функцию кишечника, могут являться пусковыми факторами, обуславливающими развитие патологии желудочно-кишечного тракта, а в дальнейшем приводят к ее прогрессированию. Поэтому следующим направлением в реабилитации больных детей, страдающих хронической патологией толстой кишки, является нормализация психического здоровья. Психотерапия детей и подростков должна проводиться под руководством квалифицированных **психологов и психотерапевтов** и при-

звана, прежде всего, выработать у детей адекватную реакцию на заболевание. Однако в настоящее время в программу лечения хронической патологии органов пищеварения психотерапевтические методы включаются крайне редко.

Гастроэнтеролог направляет ребенка с патологией толстой кишки к психотерапевту. Специалист начинает работу с ребенком и его родителями для выявления характерологических особенностей больного, обстановки в семье и в школе, по возможности, выявляя психотравмирующие факторы. Работа ведется с помощью опросника «Сильные стороны и трудности» (Goodman R., 1999). Психическое здоровье ребенка, включая эмоциональные проблемы, проблемы с поведением, гиперактивность/невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение, оценивается в баллах.

Психотерапевтические мероприятия больным должны назначаться с учетом выявленных психических нарушений и характерологических особенностей ребенка. Они включают беседы с детьми, которые настраивают их адекватно по отношению к заболеванию (объясняется необходимость длительного лечения, правильного режима дня и питания, отношения к окружающей среде, включая климат в семье и детских учреждениях).

Необходимой является привлечение к сотрудничеству с врачом родителей. Неадекватное поведение родных поддерживает и усугубляет психоэмоциональные расстройства у детей, а формирование оптимального настроения родителей на лечение ребенка, изменение взглядов на воспитание и решение ряда семейных проблем создают предпосылки для рациональной психотерапии детей.

2. Эффективность реабилитационных мероприятий

Применив на практике усовершенствованный подход биокоррекционной поддержки в программе реабилитационной терапии, мы оценили

эффективность лечебных мероприятий у 108 пациентов с хронической патологией толстой кишки (1 группа), из них у 76 (70,4%) с функциональными нарушениями толстой кишки (СРК) и 32 (29,6%) — с хроническим колитом. В качестве группы сравнения использованы 52 пациента с аналогичной патологией, но получавшие обычную программу — которая включает медикаментозное лечение основного заболевания, введение лиофилизированных форм бактерий для коррекции микробиоценоза .

В целом обеим группам пациентов назначалось медикаментозное лечение в соответствии с традиционными подходами к терапии основного заболевания. В тоже время, наряду с соблюдением лечебного стола, пациенты 1 группы принимали продукты функционального питания — бифилин минимальным курсом 1 месяц, 20 больным включали в рацион питания диетические вафли «На здоровье!». Меры по нормализации моторно-эвакуаторных нарушений кишки проводились у 70 детей препаратом мотилиум в возрастной дозировке сроком от 10 дней до 2 месяцев.

Коррекция дисбиоза проводилась всем пациентам 1 и 2 группы в зависимости от характера микробного пейзажа. Больные 1 группы реабилитировались в три этапа. На первом этапе при селективной деконтаминации стафилококковой флоры 19 детей в качестве адсорбента принимали БАД «Бицеол» курсом 12 дней. На втором этапе 108 пациентов 1 группы принимали живые биологические препараты нормальной кишечной флоры (биовестин и биовестин-лакто) в возрастной дозировке в течение 2–3 месяцев. Раздельная имплантация кишечной флоры проведена в стационарных условиях 20 больным с выраженными проявлениями хронического колита. Больным второй группы назначались сухие препараты разных типов (бифидумбактерин, колибактерин, бификол, линекс, бактисубтил).

На третьем этапе стимуляции нормальной микрофлоры проводилась 89 пациентам 1 группы, которые принимали хилак-форте, 10 пациентов — нормазе, лактулозу. Всем больным первой группы в качестве фито-

терапии на этапе амбулаторной реабилитации назначался настой курильского чая (пятилистника кустарникового) в течение 20–30 дней.

В течение всего курса совместно с психологами и психотерапевтами Научного центра клинической и экспериментальной медицины СО РАМН для пациентов первой группы проводилась реабилитационная психотерапия по индивидуальной, семейной и групповой программе.

В ходе лечения для исключения осложнений и полипрагмазии дети обеих групп наблюдались постоянно. После выписки из больницы на амбулаторном этапе реабилитации больные наблюдались по индивидуальному графику, но не реже 1 раза в месяц в кабинете реабилитации в Научном центре клинической и экспериментальной медицины СО РАМН.

Клиническими показателями эффективности реабилитации считали уменьшение частоты обострений основного заболевания в год, выраженности болевого и кишечного синдромов в динамике наблюдения. Среди ряда лабораторных и функциональных исследований ориентировались на показатели микробиоценоза кишечника, иммунного статуса, внутрикишечной манометрии и, в некоторых случаях, эндоскопической картины дистального отдела толстой кишки. Эти исследования проводились накануне выписки из стационара и через 3–18 месяцев после стационарного лечения. В целом реабилитационные мероприятия продолжались от 1 до 5 лет.

1) Динамика клинических показателей состояния больных на фоне усовершенствованной программы реабилитации.

Проведена оценка выраженности симптомов поражения органов пищеварения в динамике реабилитационных мероприятий: в исследованиях мы ориентировались, прежде всего, на частоту возникновения болевого абдоминального синдрома, некоторые диспепсические расстройства (нарушение аппетита, тошнота) и нарушения функционирования кишечника (характер стула, его частота, метеоризм) (табл. 1).

Таблица 1

Клинические признаки патологии толстой кишки в ходе реабилитационной терапии больных 1 и 2 группы (в абс. вел., %)

Признак	До начала лечения	Наличие признака к моменту окончания стационарного лечения	Наличие признака к концу первого года наблюдения
Боли в животе	$\frac{91}{46}$ (84,3%) (88,5%)	$\frac{45}{26}$ (41,7%) (50,0%)	$\frac{7}{30}$ (6,5%) (57,7%)*
Пальпаторная болезненность толстой кишки	$\frac{92}{48}$ (85,2%) (92,3%)	$\frac{74}{44}$ (68,5%) (84,6%)	$\frac{10}{46}$ (9,3%) (88,5%)**
Снижение аппетита, тошнота	$\frac{34}{16}$ (31,5%) (30,8%)	$\frac{20}{9}$ (18,5%) (17,3%)	$\frac{6}{6}$ (5,6%) (11,5%)
Запоры	$\frac{60}{29}$ (55,6%) (55,8%)	$\frac{43}{23}$ (39,8%) (44,2%)	$\frac{7}{26}$ (6,5%) (50,0%)*
Неустойчивый стул	$\frac{25}{11}$ (23,1%) (21,2%)	$\frac{6}{4}$ (5,6%) (7,7%)	$\frac{2}{8}$ (1,8%) (15,4%)**
Метеоризм, обильное отхождение газов	$\frac{25}{14}$ (23,1%) (26,9%)	$\frac{3}{10}$ (2,8%) (19,2%)*	$\frac{6}{16}$ (5,6%) (30,8%)*

Примечание: в числителе — дети 1-й группы (n=108), в знаменателе — дети 2-й группы (n=52); * — различие между 1 и 2 группой достоверно при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$.

Как следует из таблицы, высокая эффективность комплекса терапевтических мероприятий получена именно в 1 группе наблюдений. Так, у пациентов этой группы регресс болевого абдоминального синдрома наступал достаточно быстро, спонтанные боли в животе и пальпаторная болезненность примерно в половине случаев исчезали к концу стационарного лечения (2–3 нед.) и практически отсутствовали в конце первого года комплексной реабилитации. В тоже время, у больных 2-ой группы частота выявления боли в животе в ходе терапии уменьшалась незначительно — от 88,5% в начале лечения до 57,7% к концу первого года традиционной терапии. Пальпаторная болезненность толстой кишки была стабильной.

Диспепсические расстройства в виде снижения аппетита и тошноты у детей 1-ой группы были более продолжительными, чем во 2-ой группе. Однако, к исходу *первого* года комплексного лечения эти симптомы беспокоили малую часть детей группы (5,6%), в основном в случаях нарушения диеты и неполного соблюдения лечебных рекомендаций. Во второй группе через год применения традиционных методов лечения диспептические расстройства сохранялись у 11,5% детей (рис. 1 и 2).

Функциональные расстройства кишечника у больных детей также регрессировали медленно. Однако к исходу года наблюдения у 88,3% пациентов 1 группы и 10,3% больных 2 группы ($p < 0,01$). удалось добиться нормализации стула при запорах Мы считаем этот результат достаточно высоким, учитывая, что обстипация беспокоила детей многие годы до начала терапии.

Следует отметить, что при лечении детей 1-ой и 2-ой групп более быстрый эффект от лечения наблюдался у пациентов с функциональными расстройствами толстой кишки, нежели с хроническим колитом.

У детей с хроническим колитом в 1-ой группе улучшения аппетита и нормализация стула, снижение болей в животе отмечались на 14-й день, при синдроме раздраженного кишечника первый положительный результат отмечался через 3–5 дней. В то время как у детей 2-ой группы при хроническом колите улучшение наблюдалось на 30-й день, а при синдроме раздраженного кишечника на 13-й день.

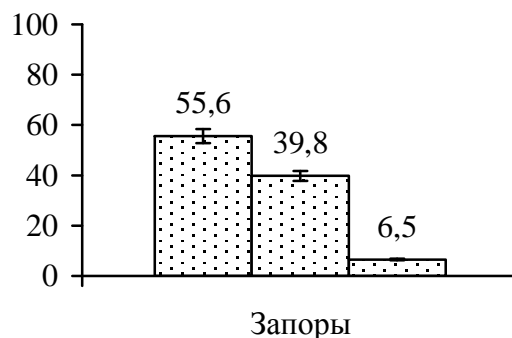


Рис.1. Динамика основных симптомов гастроинтестинальной патологии у детей 1 группы в ходе комплексного лечения (%)

1 столбик — начало лечения, 2 — окончание стационарного лечения (3 нед.), 3-й — окончание лечения спустя 1 год с момента его начала.

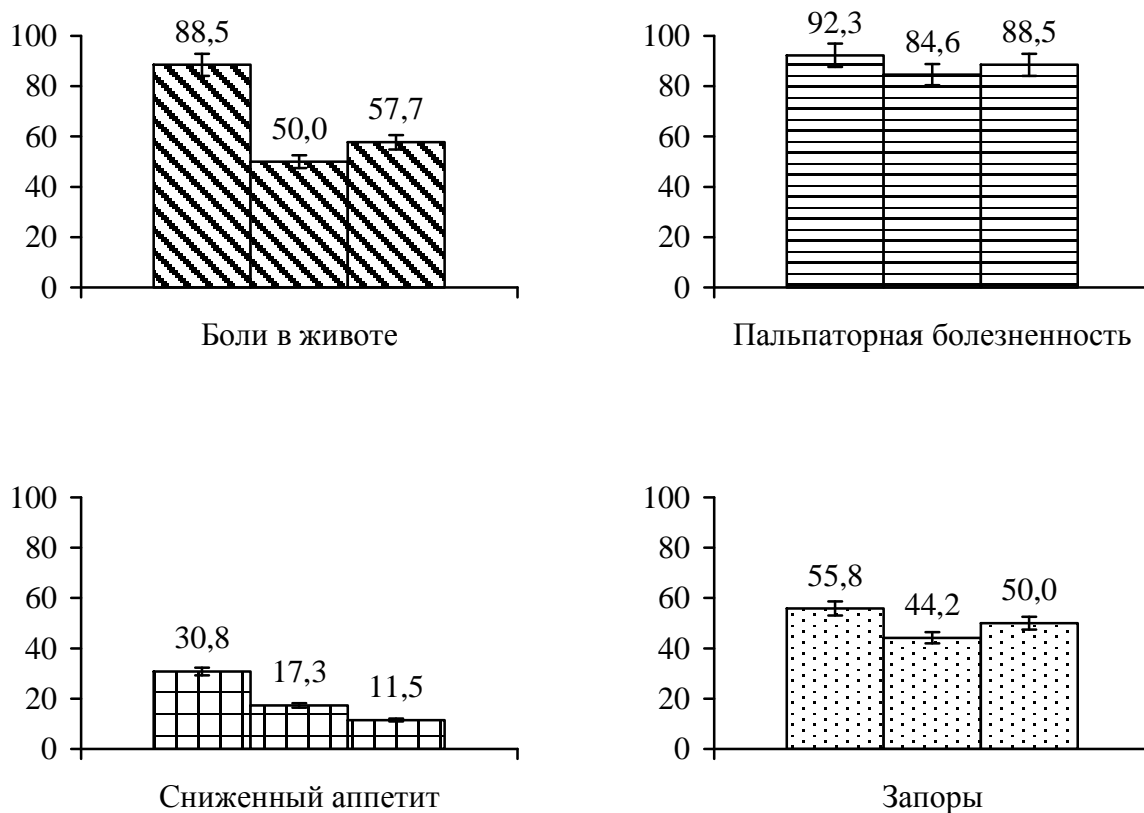


Рис.2. Динамика основных симптомов гастроинтестинальной патологии у детей 2 группы в ходе лечения по стандартного схеме (%)

1 столбик — начало лечения, 2 — окончание стационарного лечения (3 нед.), 3-й — окончание лечения спустя 1 год с момента его начала.

2). Динамика восстановления кишечного дисбактериоза в ходе реабилитационных мероприятий.

Для оценки эффективности терапии проведено первичное бактериологическое исследование фекалий у 102 больных 1 группы и 50 больных 2 группы. Микробиологические нарушения до начала лечения в обеих группах встречались с одинаковой частотой: дисбиоз у пациентов 1-ой группы выявлен в 95,1% и у лиц 2-ой группы в 96,0% случаев. У большей части детей обеих групп (47,9% и 50,0% , соответственно) наблюдалась

третья степень дисбактериоза, характеризующаяся снижением количества бифидобактерий до 10^7 в 1 г фекалий, лактобактерий до 10^5 , значительным снижением общего количества кишечной палочки ДО....., увеличением числа кишечной палочки с измененными ферментативными свойствами, появлением условно-патогенных микроорганизмов в умеренном количестве (не более 10^6 , без их ассоциации).

Частота встречаемости дисбактериоза разной степени выраженности у больных двух групп до начала лечения и после курса реабилитационной терапии после различных курсов терапии представлена на рис.3.

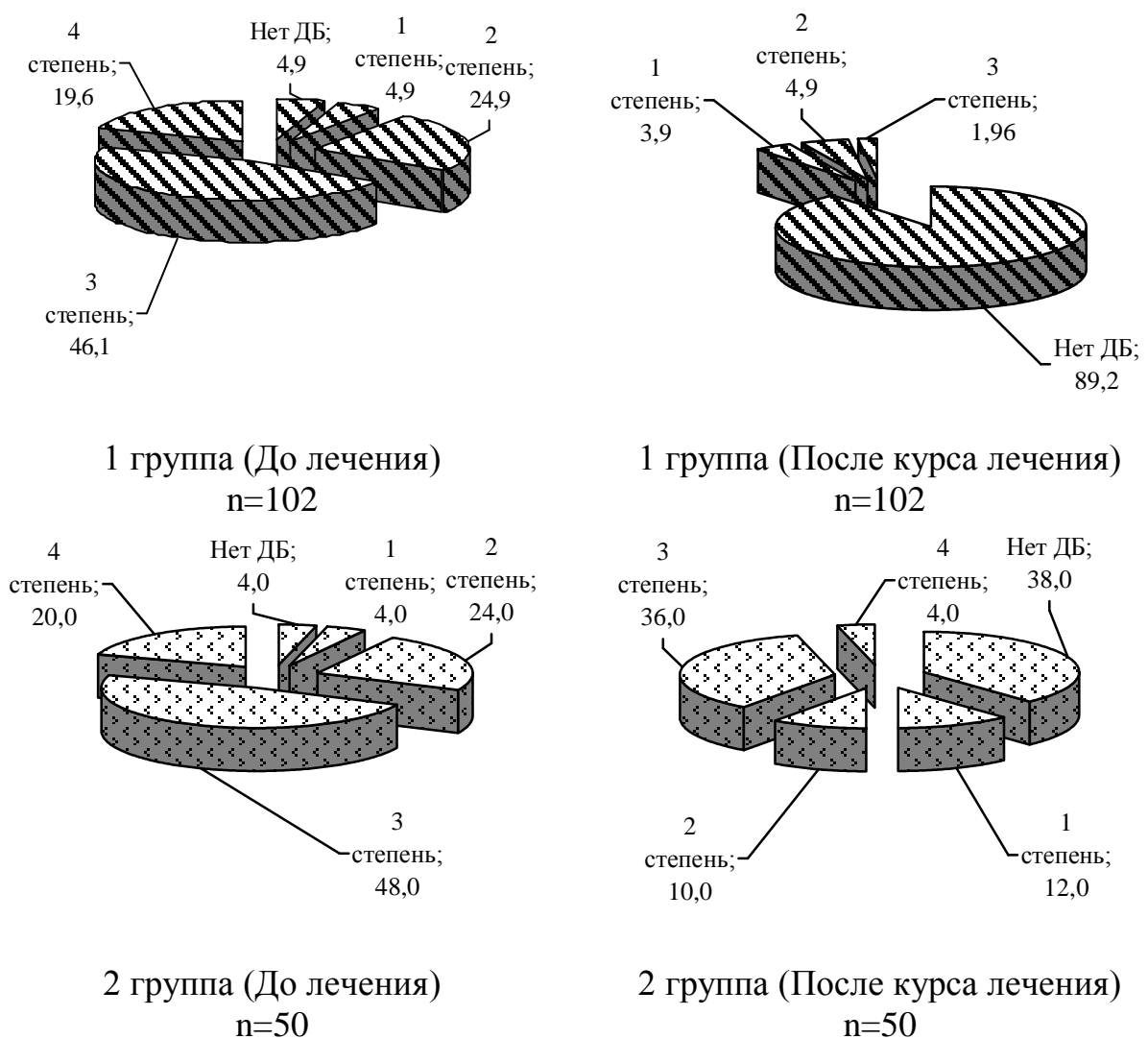


Рис 2. Частота встречаемости различных степеней дисбактериоза у детей 1 и 2 группы в ходе реабилитационных мероприятий (%)

После окончания курса реабилитации с использованием усовершенствованной схемы биокоррекционной поддержки дисбиоз у пациентов 1 группы определялся только в 10,8% случаев (рис. 2). *В структуре дисбиотических нарушений преобладали дисбактериоз 1–2 степени (81,8%), что выражалось лишь в снижении уровня нормально ферментирующей E. coli.*

У больных второй группы, получавших стандартные схемы коррекции дисбиоза, динамика микробиологических нарушений была совершенно отличной. Так, после курса лечения дисбиоз диагностировался в 62,0% случаев, что достоверно в 5 раз больше, чем у детей 1 группы ($p < 0,05$). По-прежнему преобладала 3 степень дисбактериоза с наличием условно-патогенной флоры (58,1%), доля дисбактериоза 1–2 степени была низкой (35,5%).

3). Динамика некоторых функциональных показателей организма в ходе усовершенствованной программы реабилитации.

Двигательная активность толстой кишки определена в динамике только у 12 пациентов 1 группы с хроническим колитом. Оказалось, что после курса реабилитационных мероприятий показатели внутрикишечного давления у 4 из 12 (33,3%) детей были выше нормы, что в 1,8 раза ниже, чем до начала терапии ($p < 0,05$). Гипотензия выявлена у 1 пациента (8,3%) с длительным, непрерывно-рецидивирующим течением колита. В остальных случаях (7 человек) показатели внутриполостного давления были нормальными.

Следовательно, проведенный курс реабилитации позволил улучшить моторно-эвакуаторную функцию кишки, что подтверждает ее высокую эффективность.

4). Динамика эндоскопических и морфологических показателей состояния толстой кишки.

Из 32 детей с хроническим колитом 1-й группы наблюдения эндоскопически обследовано 22 ребенка. У 13,6% детей визуально при эндоскопии воспалительные изменения слизистой оболочки не выявлялись. У остальных больных, у которых выявлен дистальный колит, к концу 1 года наблюдения он сохранился, однако степень выраженности была меньшей чем до лечения. В тоже время во 2-ой группе ни у одного больного не установлено нормализации состояния слизистой оболочки.

5). Состояние психического здоровья у детей с патологией толстой кишки в ходе реабилитационных мероприятий.

Ответы респондентов по опроснику Гудмана Р. выявили следующие закономерности. У детей (3–5 лет) с хроническими заболеваниями кишечника отклонения в психическом здоровье были значительно более продолжительными и устойчивыми, чем у здоровых детей. Так, наличие проблем с психическим здоровьем продолжительностью свыше одного года отмечалось у 40,0%) больных, и лишь у 10,0% здоровых детей; длительность психических проблем продолжительностью менее пяти месяцев отмечалась у 35,0% детей с патологией толстой кишки и у 70,0% здоровых детей ($\chi^2=10,34$; $p<0,006$) (Таблица 1).

Таблица 1.

Показатели психического здоровья детей дошкольного возраста, страдающих патологией ТК, по ответам родителей (опросник Гудмана Р.) в баллах ($M \pm \delta$)

Показатели	Больные дети (n=20)	Здоровые дети (n=40)	Достоверность различий
Просоциальное поведение	7,2±1,8	7,8±2,3	p>0,05
Эмоциональные проблемы	2,6±2,4	1,6±1,6	p<0,05
Проблемы с поведением	3,8±2,2	1,8±2,2	p<0,01
Гиперактивность	5,8±1,8	2,9±2,8	p<0,001
Проблемы со сверстниками	3,6±2,0	2,1±2,9	p<0,05

Общее число проблем	15,8±5,6	8,4±6,1	p<0,001
Влияние на жизнь ребенка	0,7±1,2	0,6±1,3	p>0,05

Кроме того, оказалось, что имеющиеся расстройства у пациентов дошкольного возраста с заболеваниями кишечника значительно в большей степени ($\chi^2=3,8$; $p<0,05$) обременяли родителей или семью в целом, чем родителей здоровых детей.

При проведении комплексного лечения детей с патологией толстой кишки психотерапевтические мероприятия дали дополнительный положительный эффект (Таблица 2). У больных школьников была достоверно ниже оценка гиперактивности с нарушениями внимания, чем у соматически здоровых детей группы сравнения (4,4±2,2 и 5,1±2,7 балла соответственно; $F=4,40$; $p<0,04$). Родители считали, что их дети недостаточно активны, подвижны, имеют расстройства внимания. В целом, показатели психического здоровья пациентов с заболеваниями толстой кишки по мнению родителей оказалось лучше, чем в группе сравнения ($F=2,22$; $p<0,02$).

По данным опроса учителей, преподающих школьные предметы нашим пациентам, у детей с заболеваниями толстой кишки выраженность эмоциональных проблем (депрессивных состояний, тревожности, страхов и психосоматических симптомов) меньше, чем у здоровых детей (1,8±1,4 и 2,7±2,2 балла, соответственно; $F=6,60$; $p<0,01$), и проблем с поведением (1,1±2,0 и 1,8±2,1 балла соответственно; $F=4,97$; $p<0,03$) также меньше. Кроме того, у больных детей значительно менее выражена гиперактивность с нарушениями внимания (3,2±3,2 и 4,3±2,9 балла, соответственно; $F=7,46$; $p<0,03$), меньше проблем со сверстниками (1,9±1,9 и 2,8±2,1 балла соответственно; $F=4,03$; $p<0,05$) и, как следствие, меньше общее число психических проблем (8,1±5,6 и 11,6±6,9 балла, соответственно; $F=13,22$; $p<0,001$).

Таблица 2.

Показатели психического здоровья детей школьного возраста, страдающих патологией ТК, по данным различных видов опросника ССТ, в баллах (M±δ)

Показатели	Данные родительского опросника (n=39)	Данные учительского опросника (n=17)	Данные самооценки (n=21)
Просоциальное поведение	7,9±2,1	7,9±2,5*	8,0±2,0
Эмоциональные проблемы	3,1±1,7	1,8±1,4**	3,4±2,7
Проблемы с поведением	2,6±2,4	1,1±2,0*	2,5±1,4
Гиперактивность	4,4±2,2*	3,2±3,2**	3,6±2,5
Проблемы со сверстниками	2,6±1,4	1,9±1,9*	3,2±2,5
Общее число проблем	12,6±5,6	8,1±5,6***	12,7±5,3
Влияние на жизнь ребенка	0,7±1,4	0,6±1,2	1,0±1,5

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ (достоверность различий

с данными исследования психического здоровья детей г. Новосибирска [])

При сравнении длительности нарушений психического здоровья оказалось, что у детей группы сравнения проблемы психического плана более продолжительны, чем у детей с патологией толстой кишки. толстой кишки оказалось лучше, чем в группе сравнения ($F=3,50$; $p < 0,01$).

По данным самооценки психического здоровья достоверных различий между показателями психического статуса у больных с кишечной патологией и соматически здоровых детей, не обнаружено.

Итак, если в группе дошкольников, страдающих толстокишечными заболеваниями, показатели психического здоровья были достоверно хуже, чем у соматически здоровых детей группы сравнения, то у школьников наблюдается обратная картина: по данным родителей и учителей они значительно лучше адаптированы и имеют меньше проблем психического плана, чем здоровые дети. Этот вывод подтверждается и суммарной оценкой трудностей, связанных с обучением в школе (повтор школьного года, индивидуальное обучение, класс коррекции, дополнительные занятия, свя-

занные с освоением школьной программы): для больных детей она равнялась $0,02 \pm 0,15$, для соматически здоровых детей — $0,26 \pm 0,53$ балла ($p < 0,001$). Очевидно, выявленная закономерность обусловлена тем, что у детей школьного возраста при благоприятных социальных условиях и диспансерном наблюдении отклонения психического здоровья могут быть полностью компенсированы.

Таким образом, предложенные методы совершенствования биокоррекционной поддержки больных с толстокишечной патологией являются более эффективными по сравнению с традиционными.

Введение

1. Ключевые направления реабилитации больных (ХК ?)

1). *Лечебное питание:*

а) диета, режим питания

б) продукты функционального питания пробиотического действия.

2). *Нормализация моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.*

3). *Коррекция дисбиоза кишечника. (Дисбактериоза кишечника?)*

4). *Нормализация психологического здоровья.*

2. Эффективность реабилитационных мероприятий

(по такому же плану)

Заключение

Литература

Баранов А. А., Щербаков П. Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // Вопр. совр. педиатрии. – 2002. – № 1. – С. 12-16.

Гребнев А. Л., Мягкова Л. П. Кишечный дисбактериоз // Руководство по гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1996. – Т. 3. – С. 324-432.

Денисов М. Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра. – М.: Мокеев, 2001.

Желудочно-кишечные заболевания у детей раннего возраста / Под ред. А. А. Андрущук. – К.: Здоровье, 1984.

Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А. Энтероколит у детей. – М., 1994.

Ипатов Ю. П., Комарова Л. Г., Переслегина И. А., Шабунина Е. И. Ключи к проблеме гастроэнтерологических заболеваний у детей. – Н. Новгород, 1997.

Калмыкова А. И. Пробиотики: терапия и профилактика заболеваний. Укрепление здоровья. – Новосибирск, 2001.

Копейкин В. Н. Медикаментозное лечение хронических колитов у детей // Детская гастроэнтерология 2002: Сб. мат. 9-го симпозиума. – М., 2002. – С. 158-162.

Лечебное питание при хронических неспецифических заболеваниях кишечника у детей: Метод. рек. – Горький, 1988.

Пальцев А. И. Нарушение микробиоценоза кишечника. Клиника, диагностика, лечение: Метод. рек. – Новосибирск, 2002.

Рекомендации по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника / Росс. гастроэнтерологическая ассоциация. – М., 1999.

Фармакотерапия кислотозависимых заболеваний органов пищеварения и синдрома раздраженного кишечника: Метод. рек. – СПб, 2001.

Хронические неспецифические заболевания кишечника у детей / Под ред. А. А. Баранова, А. В. Аболенской. – М.: Медицина, 1986.