



Диарейные заболевания у детей с точки зрения педиатра и инфекциониста

Диарейный синдром занимает ведущее место в патологии детского возраста, уступая лишь острым респираторным заболеваниям. Расстройство кишечника, в большинстве случаев обусловленное инфекциями, может быть острым или хроническим (длительным). Нередко гастроинтестинальные нарушения у детей становятся следствием аллергических заболеваний и воспалительных заболеваний кишечника. Водянистая или жирная консистенция стула, наличие в нем слизи, крови, непереваренных остатков пищи являются признаками патологии, требующей лечения. В рамках сателлитного симпозиума эксперты рассмотрели вопросы дифференциальной диагностики и терапии наиболее распространенных в педиатрической практике заболеваний, сопровождающихся диареей.



Профессор, д.м.н.
А.В. Горелов

Член-корреспондент Российской академии наук, профессор кафедры детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, руководитель клинического отдела инфекционной патологии Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, д.м.н. Александр Васильевич ГОРЕЛОВ отметил, что большинство диарейных заболеваний в отечественной педиатрической практике носят инфекционный

Взгляд инфекциониста

характер. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, под диареей понимают три и более эпизода жидкого или водянистого стула в день либо частую по сравнению с индивидуальной нормой дефекацию. К диарее не относится частое опорожнение кишечника при нормальной консистенции кала, равно как и кашицеобразный стул у детей, находящихся на грудном вскармливании.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – большая группа заразных заболеваний, характеризующихся поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), симптомами интоксикации и обезвоживания различной степени. Ежегодно в мире ОКИ переносят 1,7 млрд человек. ОКИ занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии детского возраста и являются одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью.

На одного ребенка регистрируется 3,2 случая диарейных заболеваний инфекционной этиологии в год. Чаще болеют дети первых трех лет жизни. Среди причин детской смертности ОКИ занимают третье место.

Высокие показатели заболеваемости и смертности от кишечных инфекций у детей в России могут быть обусловлены низким качеством продуктов питания и питьевой воды. Показатели заболеваемости ОКИ в детской популяции сравнимы с показателями заболеваемости ветряной оспой.

Кишечные инфекции вызываются бактериями (диарейная кишечная палочка, кампилобактер, дизентерия, сальмонелла и др.) и вирусами. На сегодняшний день в этиологической структуре ОКИ преобладают вирусы, как правило рота-, астро-, калици-, энтеро- и аденовирусы. Самой частой причиной бактериальных ОКИ у детей экономически разви-



Сателлитный симпозиум компании «Босналек»

тых стран являются сальмонеллы и кампилобактер.

Профиль наиболее распространенных энтеропатогенов зависит от возраста пациента. Так, у детей в возрасте до года ОКИ обычно связаны с рота-, норо-, аденовирусами, а также сальмонеллой. У детей в возрасте до четырех лет к этим возбудителям добавляются кампилобактер и иерсинии. У пациентов старше пяти лет ОКИ обычно обусловлены ротавирусом, кампилобактером и сальмонеллой. Таким образом, доля вирусных возбудителей ОКИ особенно велика у детей в возрасте четырех-пяти лет¹.

Согласно данным НИИ детских инфекций ФМБА России (Санкт-Петербург) за 2009–2015 гг., в этиологической структуре ОКИ во всех возрастных группах доминировала вирусная диарея, в частности рота- и норовирусная.

По данным отдела регистрации и учета инфекционных болезней, микробный пейзаж возбудителей ОКИ, выделенных от больных в Москве за 2014 г., показал, что в 49% случаев заболевания были вызваны ротавирусом группы А, в 8% – аденовирусами, в 3% – норовирусами, в 4% – энтеровирусной инфекцией.

Спектр возбудителей в этиологической структуре ОКИ варьирует-

ся в зависимости от сезона. Установлено, что в теплое время года преобладают энтеровирусные инфекции, в холодное – норо-, рота-, аденовирусные, в меньшей степени астровирусные.

В настоящее время диагностика ОКИ предусматривает выявление антигена возбудителя ОКИ в фекалиях с помощью быстрых тестов, белкового капсида вируса методом иммуноферментного анализа и электронную микроскопию испражнений. Основными принципами диагностики ОКИ являются сбор подробного анамнеза больного, эпидемиологического анамнеза, оценка клинической картины заболевания и результатов лабораторных исследований.

Для оптимизации диагностики ОКИ диарею классифицируют на острую, домашнюю, госпитальную, диарею путешественников, антибиотик-ассоциированную и хроническую (длительную). В большинстве случаев ОКИ у детей сопровождается острым гастроэнтеритом, выраженным эксикозом и интоксикационным синдромом.

Ротавирусная инфекция – одна из ведущих причин тяжелой диареи у младенцев и детей. Дети в возрасте от четырех до 23 месяцев болеют наиболее тяжелой

формой ротавирусного гастроэнтерита. При этом невозможно предугадать тяжесть течения заболевания. Иммуитет после перенесенной инфекции непродолжительный и сероспецифичный. Ротавирусная инфекция характеризуется острым началом, развитием лихорадки (38–39 °С), интоксикационного синдрома, симптомов поражения верхних отделов ЖКТ (частая рвота и диарея) и умеренными катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей.

По данным ряда авторов, последствиями ротавирусной инфекции могут быть не только поражения кишечника, но и респираторные осложнения (средний отит, фарингит, ларингит, пневмония), поражения органов брюшной полости, такие как гепатит, печеночный абсцесс, панкреатит, нефрит и сахарный диабет 2-го типа. Ротавирусная инфекция у детей, прежде всего находящихся на искусственном вскармливании, может проявляться синдромом Кавасаки, ДВС-синдромом, гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом. Возможна внезапная смерть ребенка грудного возраста во время сна^{2,3}.

Заболеемость бактериальными кишечными инфекциями на протяжении многих лет также не имеет тенденции к снижению. Частой причиной ОКИ у детей считается дизентерия – острая бактериальная кишечная инфекция, возбудителем которой являются различные виды шигелл. Дизентерия у детей старше одного года протекает с преобладанием токсических явлений, таких как яркое начало, гипертермия, судороги, бред, потеря сознания, рвота, метеоризм. Как правило, при дизентерии наблюдается местный воспалительный про-

На фоне терапии Энтерофурилом отмечаются положительные изменения внутриполостной среды толстой кишки и толстокишечного микробиоценоза, выражающиеся в снижении активности условно патогенных аэробов, в частности протеолитических штаммов, нормализации баланса аэробно/анаэробных популяций микроорганизмов

¹ De Wit M.A., Koopmans M.P., Kortbeek L.M. et al. Etiology of gastroenteritis in sentinel general practices in the Netherlands // Clin. Infect. Dis. 2001. Vol. 33. № 3. P. 280–288.

² Blutt S.E., Matson D.O., Crawford S.E. et al. Rotavirus antigenemia in children is associated with viremia // PLoS Med. 2007. Vol. 4. № 4. e121.

³ Crawford S.E., Patel D.G., Cheng E. et al. Rotavirus viremia and extraintestinal viral infection in the neonatal rat model // J. Virol. 2006. Vol. 80. № 10. P. 4820–4832.



V Всероссийская научно-практическая конференция по детской гастроэнтерологии и нутрициологии

недуга

цесс в виде дистального колита (схваткообразные боли в животе, спазмированная сигма, тенезмы, податливость ануса, «ректальный плевок», лабевидный живот и др.). Дизентерия у детей первого года жизни встречается редко. При заболевании гипертермия и явления дистального колита отсутствуют. Стул энтеритный. Заболеваемость дизентерией резко повышается в летний период в южных регионах нашей страны (Краснодарский и Ставропольский края). В Москве вспышек дизентерии практически не бывает.

Сальмонеллез – одна из наиболее распространенных ОКИ у детей – характеризуется тяжелым течением. Антибактериальная терапия в силу распространения антибиотикорезистентных штаммов затруднена. Инфекционный процесс при сальмонеллезе сопровождается выраженным синдромом эндогенной интоксикации, который носит многофакторный характер. Заболевание может протекать в различных формах: гастроинтестинальной, дизентериеподобной, тифоподобной, гриппоподобной, септической (генерализованной). При сальмонеллезе у детей отмечаются постепенное наращивание симптоматики, патологический характер стула (слизь и зелень), гемоколит, спленомегалия, податливость анального сфинктера, рвота. Самые сложные для диагностики формы сальмонеллеза гриппо- и тифоподобные. Они требуют обязательного проведения лабораторных исследований. Особенно опасны для детей, прежде всего первого года жизни, антибиотикорезистентные формы заболевания, которые при несвоевременном и неадекватном лечении способны привести к летальному исходу.

В последние годы участились вспышки ОКИ, вызванные эшерихиозом (коли-инфекция). В зависимости от серовара, наличия

патогенных факторов и особенностей вызываемых ими заболеваний выделяют шесть групп эшерихий: энтеропатогенные кишечные палочки, энтероинвазивные, энтеротоксигенные, энтерогеморрагические, энтероагрегативные, диффузно-прикрепляющиеся. Наиболее распространена группа энтеропатогенных кишечных палочек.

Манифестация болезни начинается с лихорадки, рвоты, жидкого стула. Клиническая симптоматика эшерихиоза у детей старше года напоминает сальмонеллез.

Кампилобактериоз, вызываемый грамотрицательными бактериями рода *Campylobacter*, характеризуется в первую очередь диареей.

Таким образом, диагноз ОКИ с определением возбудителя устанавливаются на основании комплекса клинико-лабораторных и эпидемиологических данных. Крайне важно определить тяжесть течения заболевания, в том числе выраженность эксикоза (обезвоживания), интоксикации и местных проявлений. При эксикозе первой степени наблюдается потеря жидкости до 5% массы тела, второй степени – до 9%, третьей – более 9% массы тела.

Терапия ОКИ зависит от преобладающего синдрома. Тем не менее регидратация остается основным направлением. Этот метод известен давно. Для компенсации водно-электролитных и кислотнощелочных нарушений при диарее у детей применяют низкоосмолярные регидратационные растворы (например, Регидрон БИО, Гидровит).

К другим жизнеугрожающим осложнениям ОКИ относятся гиповолемический шок, инфекционно-токсический шок, гемолитико-уремический синдром, острая почечная и сердечная недостаточность, пневмония, отит, менингит, пиелонефрит, гепатит. Известна роль ОКИ как триггера аутоиммунных процессов и хро-

нических воспалительных заболеваний кишечника.

От своевременности и адекватности лечебных мероприятий зависит исход заболевания. В острой фазе ОКИ терапия направлена на борьбу с возбудителем инфекции, выведение продуктов его жизнедеятельности из организма, купирование токсических синдромов и др. В период репарации и реконвалесценции цель терапии – восстановить нарушенные функции организма.

Согласно европейским рекомендациям по лечению ОКИ, не следует прекращать кормление детей более чем на четыре – шесть часов после начала регидратации. У детей первых месяцев во время острого гастроэнтерита грудное вскармливание продолжается. Детям с ОКИ противопоказаны голодные (разгрузочные) диеты, водно-чайные паузы, кефир, козье/коровье молоко, в том числе разведенное. Детям первого года жизни, находящимся на искусственном вскармливании, при ОКИ рекомендованы кисломолочные смеси, смеси со сниженным уровнем лактозы или безлактозные, а также смеси, содержащие пробиотики.

Для облегчения симптомов в комплексной терапии ОКИ используют энтеросорбенты, среди которых наиболее безопасным и эффективным считается диоктаэдрический смектит. Это единственный сорбент, эффективность которого подтверждена с точки зрения доказательной медицины.

Для усиления этиотропного эффекта при ОКИ у детей могут использоваться препараты на основе монопробиотических штаммов с доказанным эффектом (*Lactobacillus rhamnosus* GG, *Saccharomyces boulardii*).

Показаниями к назначению антибактериальной терапии при острой диарее у детей являются тяжелые и среднетяжелые формы инвазивной диареи, возраст до 13 месяцев, иммунодефицитные



Сателлитный симпозиум компании «Босналек»

состояния, ВИЧ-инфекция, проведение иммуносупрессивной терапии и длительной глюкокортикоидной терапии, гемолитическая анемия, органическая патология центральной нервной системы. Антибиотики назначают детям с гемоколитом, шигеллезом независимо от возраста, а также при наличии вторичных бактериальных осложнений. При наличии показаний к антибактериальной терапии у детей с ОКИ целесообразно в качестве стартовых использовать препараты из группы кишечных антисептиков, такие как нифуроксазид (Энтерофурил), рифаксимин. Альтернативой являются препараты налидиксовой кислоты, рифампицин, современные ами-

ногликозиды. Резервными препаратами для лечения острой диареи у детей могут быть цефалоспорины третьего-четвертого поколения, фторхинолоны, карбапенемы, макролиды. Энтерофурил (АО «Босналек», Босния и Герцеговина) – эффективное средство этиотропной терапии ОКИ инвазивного генеза. Доказана высокая эффективность препарата Энтерофурил, сопоставимая с таковой препаратов этиотропной терапии ОКИ второго ряда. На фоне терапии Энтерофурилом наблюдаются положительные изменения внутрисполостной среды толстой кишки и толстокишечного микробиоценоза, выражающиеся в снижении активности условно

патогенных аэробов (в частности, протеолитических штаммов), нормализации баланса аэробно/анаэробных популяций микроорганизмов. Энтерофурил может быть рекомендован в качестве стартового препарата в лечении острой диареи инвазивного типа у детей, а также при ОКИ на фоне вирусных инфекций в сочетании с пробиотиками⁴. Таким образом, алгоритм лечения острой диареи различного генеза у детей должен включать оральную регидратацию, применение энтеросорбентов и моноштаммовых пробиотиков. При инвазивных ОКИ данная терапия может быть дополнена антибиотиками, назначаемыми строго по показаниям.

Взгляд педиатра

Симпозиум продолжила профессор, заведующая кафедрой педиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, главный педиатр Центрального федерального округа, заслуженный врач РФ, д.м.н. Ирина Николаевна ЗАХАРОВА. Она акцентировала внимание аудитории на проблеме распространения антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) в детской популяции.

Применение в раннем детском возрасте антибиотиков является неблагоприятным прогностическим фактором развития воспалительных заболеваний кишечника. Согласно результатам проспективного исследования с участием 500 000 новорожденных, у детей, получавших в первые годы жизни антибиотики, возрастала частота заболеваемости болезнью Крона. При этом риск развития заболеваний кишечника увеличивался пропорционально количеству

курсов антибиотикотерапии. Эти данные подтверждают тот факт, что состав микробиоты толстой кишки – ключевой фактор развития воспалительных заболеваний кишечника⁵.

Датские ученые установили, что дети, которые получают антибиотики первые шесть месяцев жизни, более склонны к ожирению в течение последующих семи лет. Сегодня доказано, что бесконтрольное применение антибиотиков в педиатрической практике способствует исчезновению огромного количества микроорганизмов, что может иметь отдаленные негативные последствия. Особое место среди осложнений антибактериальной терапии занимает ААД. Эксперты Всемирной организации здравоохранения определяют ААД как три больших эпизода водянистого жидкого стула за 24 часа на фоне приема антибактериальной терапии и через два месяца по завершении курса. Различают экзоген-



Профессор, д.м.н.
И.Н. Захарова

ные и эндогенные факторы риска развития ААД. К экзогенным относят группу антибиотика, длительность лечения, повторные курсы лечения антибиотиками, комбинированную антибиотикотерапию, антибиотики, секретлируемые желчью. Эндогенные факторы риска ААД: возраст (менее пяти и старше 65 лет), хроническая патология ЖКТ, иммунологическая недостаточность, хронические заболевания (онкологические, хроническая почечная недостаточность), госпитализм, хирургические вмешательства.

⁴ Горелов А.В., Усенко Д.В., Каджаева Э.П., Ардатская М.Д. Оценка клинической эффективности Энтерофурила в комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей и его влияния на микробиоценоз кишечника // Инфекционные болезни. 2006. Т. 4. № 3. С. 47–50.

⁵ Hviid A., Svanström H., Frisch M. Antibiotic use and inflammatory bowel diseases in childhood // Gut. 2011. Vol. 60. № 1. P. 49–54.



V Всероссийская научно-практическая конференция по детской гастроэнтерологии и нутрициологии

Наиболее частой причиной ААД является спорообразующая грамположительная анаэробная бактерия *Clostridium difficile*. У взрослых носительство *C. difficile* составляет 2–3%. У новорожденных этот микроорганизм выявляется часто, однако диарея развивается редко из-за отсутствия рецепторов к токсину *C. difficile* или наличия у ребенка материнских антител.

Клинические варианты течения *C. difficile*-ассоциированной диареи у детей могут быть малосимптомными или тяжелыми, вплоть до развития псевдомембранозного колита (ПМК). ПМК – диарея, обусловленная оппортунистической пролиферацией условного патогена *C. difficile* на фоне антибактериальной терапии. Клинические проявления ПМК у детей разнообразны и развиваются остро. Для детей младшего возраста характерны лихорадка, отказ от еды, нарастание интоксикации, срыгивания, диарея с водно-электролитными нарушениями и вздутием живота, болезненной пальпацией живота по ходу толстой кишки, частый стул, наличие в каловых массах примеси слизи и крови. ПМК может осложняться кишечным кровотечением, перфорацией кишечника с развитием перитонита. После отмены antimicrobных препаратов детям, перенесшим *C. difficile*-инфекцию, целесообразно проводить курсовое лечение пробиотиками. Следует отметить, что наличие крови в стуле у детей, страдающих диареей, может быть обусловлено хирургической патологией, сосудистыми эктазиями, аллергией и воспалительными заболеваниями кишечника. Поэтому необходим дифференцированный подход к клинической диагностике.

Докладчик рассмотрела несколько клинических случаев.

Мальчик, три с половиной года. Примесь крови в стуле. До года получал курс Мальтофера по поводу железодефицитной анемии.

К возникновению хронических воспалительных заболеваний кишечника в детском возрасте предрасполагают неправильное вскармливание, наличие хронической инфекции, длительная антибактериальная терапия и др. Поэтому во избежание осложнений при диареях и других нарушениях ЖКТ необходимо проводить всестороннее диагностическое обследование

В течение последних четырех месяцев – эпизоды крови в стуле (5–25 мл). Кровь темно-красная, обволакивает каловый цилиндр. В анамнезе запоров нет. Ребенок получал терапию по поводу анальной трещины. Кожные покровы бледные, повышенная утомляемость, избирательный аппетит. Клинический анализ крови: уровень гемоглобина 96 г/л (признаки легкой анемии), снижены уровни сывороточного железа, ферритина в крови. При этом уровень С-реактивного белка в норме. При проведении колонофиброскопии (КФС) обнаружен полип на тонкой ножке с признаками микрокровоотечения. Проведена полипэктомия. Мальчику назначены препараты железа. Уровень гемоглобина нормализовался, однако некоторое время спустя снова появились вялость, слабость, утомляемость, сонливость. В кале обнаружена кровь до 50 мл. Клинический анализ крови: уровень гемоглобина 85 г/л, цветовой показатель снижен, повышен показатель железосвязывающей способности сыворотки крови (91 мкмоль/л), уровень ферритина снижен до 9 нг/л.

При повторном проведении КФС обнаружен самоампутировавшийся полип на широком основании. Учитывая развитие железодефицитной анемии на фоне хронической кровопотери, ребенку назначили препарат железа внутримышечно 50 мг. Через месяц уровень гемоглобина – 128 г/л, уровень сывороточного железа – 26 мкмоль/л. Таким об-

разом, причиной крови в каловых массах у ребенка были рецидивирующие полипы кишечника.

Мальчик, один год десять месяцев. Избирательный аппетит, отказ от мяса, капризность, повышенная утомляемость, запоры. У ребенка атопический дерматит с одного года двух месяцев. Грудное вскармливание сохраняется по настоящее время. В возрасте четырех с половиной месяцев была предпринята попытка накормить ребенка кашей на цельном коровьем молоке. После этого появились случаи отказа от еды, беспокойство, слизь в кале с примесью крови в виде черных точек и прожилок. С одного года трех месяцев в рацион ребенка ввели цельное коровье молоко до 500–700 мл в день. Ребенок продолжал отказываться от еды, появились вялость и утомляемость. Клинический анализ крови: снижение уровней гемоглобина до 87 г/л, сывороточного железа до 4,4 мкмоль/л. В данном случае кровь в кале и железодефицитная анемия обусловлены непереносимостью белков цельного коровьего молока.

Сегодня хорошо известно о влиянии коровьего молока на статус получаемого с пищей железа. Коровье молоко вызывает повышенную экскрецию фекального гемоглобина у детей раннего возраста. На фоне приема цельного коровьего молока могут развиваться микродиapedзные кишечные кровотечения. В настоящее время большинство зарубежных исследователей являются сторонника-

ЭНТЕРОФУРИЛ®

НЕТ ПРИЧИНЫ ДЛЯ РАССТРОЙСТВ!



Реклама

- УСТРАНЯЕТ ПРИЧИНУ **ДИАРЕИ**
- СОХРАНЯЕТ НОРМАЛЬНУЮ МИКРОФЛОРУ КИШЕЧНИКА
- ПРЕПЯТСТВУЕТ РАЗВИТИЮ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ



ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ 1 МЕСЯЦА*

 BOSNALIJEK

*Инструкция по медицинскому применению Энтерофурил®, суспензия, от 29.07.2013 г

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ



V Всероссийская научно-практическая конференция по детской гастроэнтерологии и нутрициологии

недуга

ми гипотезы аллергического генеза кровотечений. Не случайно во многих странах цельное коровье молоко не рекомендуется детям младше трех лет.

Девочка, 20 дней. Масса при рождении 3500 г. С рождения находится на искусственном вскармливании, наследственность по аллергии неотягощена. Доставлена в стационар с рвотой и жидким водянистым стулом (8–10 раз в сутки). Отмечались бледность, вялость. Метаболический ацидоз. Назначена инфузионная терапия, исключение перорального питания. После этих мероприятий диарея уменьшилась. Через два часа после возобновления кормления искусственной смесью для новорожденных у ребенка возникли повторная рвота и диарея. В анализах крови – лейкоцитоз, нейтрофилез и тромбоцитоз. Посев кала – результат отрицательный. При обсуждении предварительного диагноза рассматривали такие заболевания, как генерализованная вирусно-бактериальная инфекция, острый гастроэнтерит, наследственное нарушение обмена веществ, почечная недостаточность, муковисцидоз и энтероколит, вызванный белком коровьего молока. Клинический анализ крови в норме, органические кислоты в норме, почечная функция нормальная, тест на содержание хлорида натрия в потовой жидкости отрицательный. Уровни аммиака, сахара в норме. Анализ результатов обследования подтвердил подозрение на энтероколит, вызванный белком коровьего молока. В таких случаях необходим переход на безмолочную диету. Применение аминокислот позволяет достичь адекватной прибавки массы тела в отсутствие рвоты или диареи. Смесью на основе аминокислот обеспечивает быструю нормализацию питания. Ребенку назначили смесь на основе аминокислот в течение нескольких недель. На протяжении семи месяцев у девочки отмеча-

лась хорошая прибавка в весе. В шесть месяцев ввели прикорм в виде гречневой каши. В восемь месяцев ребенка перевели на высокогидролизованную смесь. В возрасте 15 месяцев ребенок начал получать молочную смесь. Через два часа после первого кормления молочной смесью началась рвота. После инфузионной терапии рвота прекратилась. Это подтвердило ранее установленный диагноз: энтероколит, вызванный коровьим молоком. В последние годы возросло число детей раннего возраста с аллергическим колитом, обусловленным гиперчувствительностью к продуктам питания (коровьему молоку, сое, овсу, ячменю, арахису, яйцу и т.д.). При этом у 15–20% детей развиваются дегидратация и шок. У детей с пищевой аллергией поражаются ЖКТ, тонкая и толстая кишка. Эффективным способом диагностики аллергического энтероколита является смена диеты. Как правило, симптомы аллергического энтероколита после устранения причинного аллергена из питания купируются.

Аллергический проктоколит развивается у детей в первые меся-

цы жизни и сопровождается наличием слизи и прожилок крови в кале, легкой диареей в отсутствие анальных трещин и инфекций. У ребенка может сохраняться хорошее самочувствие. Иногда отмечается тяжелое течение заболевания с обильным жидким стулом, анемией, гипоальбуминемией и эозинофилией.

Профессор И.Н. Захарова отметила, что в последние годы имеет место тенденция к увеличению распространенности воспалительных заболеваний кишечника у детей. При этом болезнь Крона встречается в пять раз чаще, чем язвенный колит. К возникновению хронических воспалительных заболеваний кишечника в детском возрасте предрасполагают неправильное вскармливание, наличие хронических очагов инфекции, длительная антибактериальная терапия, врожденные аномалии кишечника и др. Поэтому во избежание осложнений при диареях и других нарушениях ЖКТ у детей необходимо проводить всестороннее диагностическое обследование, включающее тщательный сбор анамнеза, современные инструментальные и лабораторные методы.

Заключение

Этиотропная терапия является одним из основных компонентов лечения ОКИ у детей и взрослых. Она предусматривает использование антибиотиков, химиопрепаратов, энтеросорбентов, пробиотиков и др. Нитрофураны – хорошо известные эффективные и безопасные антибактериальные препараты, характеризующиеся иммуногенным эффектом.

Новое производное 5-нитрофурана нифуроксазид Энтерофурил (АО «Босналек», Босния и Герцеговина) активен в отношении целого ряда грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов: *Streptococcus pyogenes*,

Staphylococcus aureus, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Shigella* spp., *Proteus* spp. и др. После перорального применения нифуроксазид практически не всасывается из пищеварительного тракта. Антибактериальное действие препарат оказывает исключительно в просвете кишечника. Полностью выводится через ЖКТ. Скорость элиминации зависит как от дозы препарата, так и от моторики кишечного тракта. Нифуроксазид, обладающий высоким профилем безопасности, рекомендован в качестве стартового препарата этиотропной терапии ОКИ у детей. *