

# Совершенствование методов реабилитации детей с хроническими заболеваниями толстой кишки

*Т. И. Рябиченко, М. Ю. Денисов, А. И. Калмыкова, А. П. Хачатрян, А. И. Пальцев, В. Д. Петерсон, Т. Г. Косьянова*

Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН,  
Новосибирский государственный университет, ООО «Био-Веста», Новосибирск

---

В работе представлены новые подходы к реабилитации детей с хроническими заболеваниями толстой кишки, включающей назначение лечебных продуктов функционального питания, пробиотических и прокинетических медикаментозных средств, а также психотерапевтическую терапию пациентов. Результаты исследования показали высокую эффективность предложенного алгоритма реабилитационной программы у 79,6 % больных с толстокишечной патологией.

**Ключевые слова:** дети, дисбиоз, толстая кишка, реабилитация

Одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии является патология толстой кишки (ТК). В детских специализированных стационарах пациенты с этими заболеваниями составляют более 10 % от общего числа больных [1-3]. Патогенез хронических заболеваний ТК достаточно сложен и во многом остается малоизученным [4, 5].

У больных с толстокишечной патологией выявляется комплекс управляемых и неуправляемых факторов риска формирования болезни: отягощенная наследственность, патология матери во время беременности, родов, нерациональное вскармливание и питание в последующие годы, наличие патологических процессов в других органах пищеварительной системы, аллергическая настроенность ребенка), дисбиотические сдвиги и сочетанные с ними расстройства деятельности иммунной системы, а также изменения психо-нейрогуморальной регуляции различного генеза, проявляющиеся наиболее отчетливо у пациентов дошкольного возраста [5, 6]. Учитывая прогрессирование распространенности заболеваний ТК в детском возрасте, недостаточную эффективность имеющихся на сегодняшний день схем терапии [7], возникла необходимость в совершенствовании методов

реабилитации детей с толстокишечной патологией, включая новые способы биокоррекционной поддержки, что явилось целью нашего исследования.

## Материалы и методы

Проведено углубленное обследование и оценка эффективности 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 реабилитации без включения мер биокоррекционной поддержки (2 группа).

Наряду с общеклиническими исследованиями, пациентам проведено эндоскопическое и морфологическое обследование дистального отдела кишечника, анализ кала на дисбактериоз.

Ключевыми направлениями усовершенствованной программы реабилитации детей, страдающих толстокишечной патологией, основанные на учете клинико-морфофункциональных,

дисбиотических и психологических особенностей её течения явились:

1. Обеспечение адекватного лечебного питания с учетом функциональных и дисбиотических расстройств толстой кишки (продукты функционального питания пробиотического действия);

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

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

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

Выбор приоритетов в реабилитационной программе с учетом указанных ключевых направлений должен определяться врачом на основании конкретной клинической ситуации индивидуального подхода.

Пациентам 2 группы 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-М или кисломолочный напиток Нарине 2 раза в день минимальным курсом 1 месяц, 20 больным включили 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 назначалась всем пациентам 1 и 2 группы в зависимости от характера микробиологического пейзажа. Однако, больные 1 группы реабилитировались в три

этапа. Так, в качестве адсорбента при селективной деконтаминации стафилококковой флоры 19 детей 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.

Больным второй группы назначались препараты разных типов (бифидумбактерин, линекс, бактисубтил и др.).

На третьем этапе стимуляции нормальной микрофлоры проведена 89 пациентам 1 группы, которые принимали хилак-форте, 10 пациентов – лактулозу. Все больные первой группы в качестве фитотерапии на этапе амбулаторной реабилитации получали настой курильского чая (пятилистника кустарникового) в течение 20-30 дней.

В течение всего курса психологами и психотерапевтами проводилась реабилитационная психотерапия по индивидуальной, семейной и групповой программе только для пациентов первой группы.

Клиническими показателями эффективности реабилитации считали уменьшение частоты обострений основного заболевания в год, выраженности болевого и кишечного синдромов в динамике наблюдения. Из данных лабораторных и функциональных исследований ориентировались на показатели микробиоценоза кишечника (анализ кала на дисбактериоз), иммунного статуса, внутрикишечной манометрии и, в некоторых случаях, эндоскопической картины дистального отдела толстой кишки.

## **Результаты исследования и обсуждение**

*Динамика клинических показателей у детей с толстокишечной патологией.* Была проведена оценка изменения

выраженности клинических симптомов поражения органов пищеварения: 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).

У пациентов 1 группы регресс болевого абдоминального синдрома наступал

достаточно быстро, спонтанные боли в животе и пальпаторная болезненность примерно в половине случаев исчезали к концу стационарного лечения и практически отсутствовали в конце года наблюдения. В тоже время, у больных группы сравнения частота выявления боли в животе в ходе терапии изменялась незначительно – от 88,5 % в начале лечения до 57,7 % к концу года реабилитации. Пальпаторная болезненность толстой кишки была стабильной.

**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	<u>91 (84,3 %)</u> 46 (88,5 %)	<u>45 (41,7 %)</u> 26 (50,0 %)	<u>7 (6,5 %)</u> 30 (57,7 %)*
Пальпаторная болезненность толстой кишки	<u>92 (85,2 %)</u> 48 (92,3 %)	<u>74 (68,5 %)</u> 44 (84,6 %)	<u>10 (9,3 %)</u> 46 (88,5 %)**
Снижение аппетита, тошнота	<u>34 (31,5 %)</u> 16 (30,8 %)	<u>20 (18,5 %)</u> 9 (17,3 %)	<u>6 (5,6 %)</u> 6 (11,5 %)
Запоры	<u>60 (55,6 %)</u> 29 (55,8 %)	<u>43 (39,8 %)</u> 23 (44,2 %)	<u>7 (6,5 %)</u> 26 (50,0 %)*
Неустойчивый стул	<u>25 (23,1 %)</u> 11 (21,2 %)	<u>6 (5,6 %)</u> 4 (7,7 %)	<u>2 (1,8 %)</u> 8 (15,4 %)**
Метеоризм, обильное отхождение газов	<u>25 (23,1 %)</u> 14 (26,9 %)	<u>3 (2,8 %)</u> 10 (19,2 %)*	<u>6 (5,6 %)</u> 16 (30,8 %)*

Примечание: в числителе – дети 1-й группы (n=108), в знаменателе – дети 2-й группы (n=52); \* – p<0,05,

\*\* – p<0,01 – достоверность различий между показателями 1 и 2 групп

Диспепсические расстройства в виде снижения аппетита и тошноты оказались более продолжительными. Однако, к исходу года наблюдения эти симптомы беспокоили малую часть детей 1 группы (5,6 %), в основном в случаях нарушения диеты и неполного соблюдения лечебных рекомендаций.

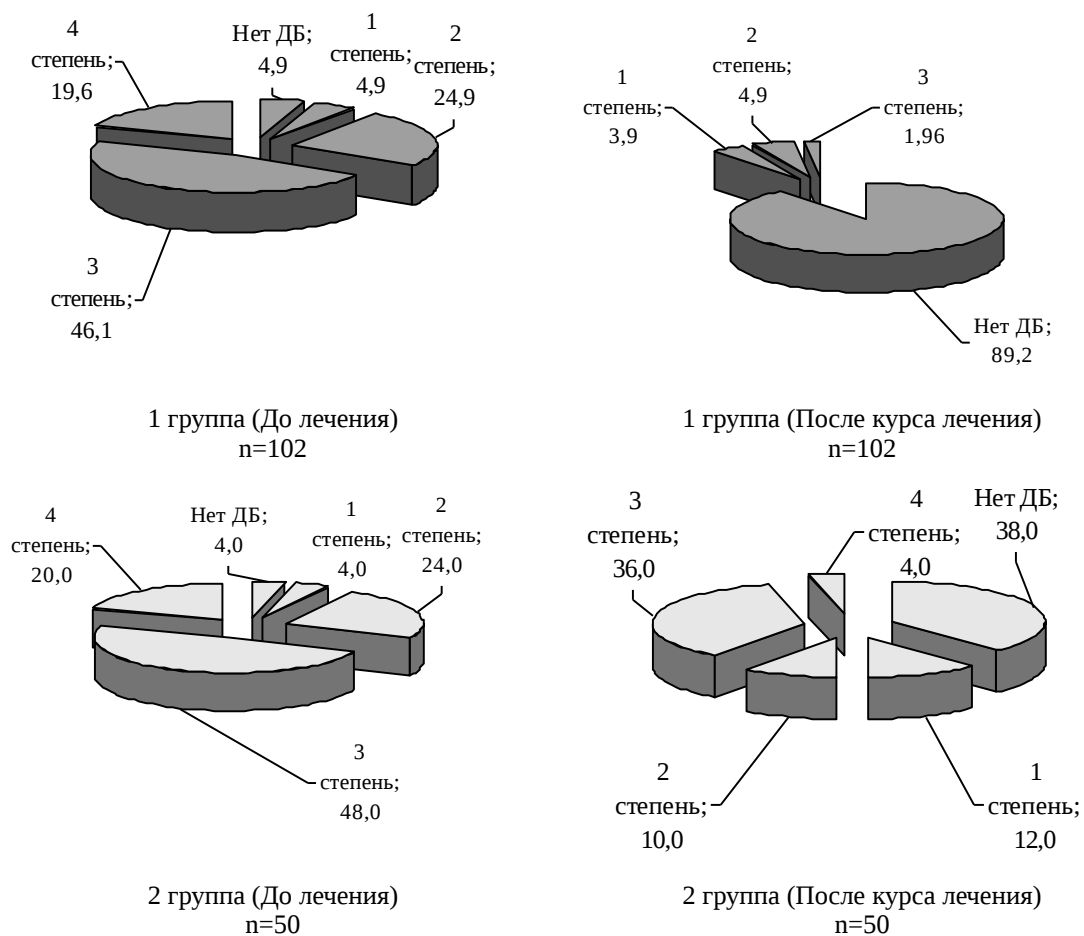
Кишечные расстройства также регрессировали медленно. Однако к исходу года наблюдения удалось добиться нормализации стула при запорах у 88,3 % пациентов 1 группы и 10,3 % больных 2 группы ( $p < 0,01$ ). Мы считаем этот результат достаточно высоким, учитывая, что обстипация беспокоила детей многие годы до начала терапии. Следует отметить, что более быстрый эффект наблюдался у пациентов 1 группы с функциональными расстройствами толстой кишки, нежели с хроническим колитом. Наблюдения показывают первоначально схожие результаты лечения в двух группах, но у детей 1 группы с функциональными нарушениями кишечника получена более быстрая и качественно лучшая клиническая динамика состояния, нежели у пациентов с хроническим колитом, что объясняется большей продолжительностью гастроэнтерологической патологии, сложностью патогенетических механизмов воспаления, наследственно обусловленными признаками. Структурные изменения слизистой оболочки кишечника не позволяют получить терапевтический эффект в короткие сроки, обычно для ликвидации болей в животе, улучшения аппетита и нормализации стула у детей с хроническим колитом требовалось от 14 до 30 дней. В тоже время при синдроме раздраженной кишки первые положительные результаты наблюдались через 3-5 дней, а через 14-20 дней выявлялось незначительное количество симптомов болезни.

Улучшения эффективности комплексной терапии больных с хроническим

колитом, по нашему мнению, следует добиваться рациональным назначением препаратов в соответствии с показаниями, основанными на особенностях фармакокинетики лекарственных средств, с учетом индивидуального течения желудочно-кишечной патологии.

*Динамика дисбиотических и функциональных показателей кишечника в ходе реабилитационных мероприятий.* Для оценки эффективности рекомендованной терапии проведено первичное бактериологическое исследование фекалий у 102 больных 1 группы и 50 больных 2 группы. Микробиологические изменения были примерно одинаковыми: дисбиоз выявлен у 97 (95,1 %) пациентов первой группы и у 48 (96,0 %) лиц второй группы. 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, значительным снижением общего количества кишечной палочки, увеличением их с измененными ферментативными свойствами, появлением условно-патогенных микроорганизмов в умеренном количестве (не более  $10^6$ , без их ассоциации). Структура степеней дисбактериоза у больных двух групп до начала лечения и после курса реабилитационной терапии по разработанной схеме представлена на рис. 1.

После окончания курса реабилитации с использованием усовершенствованной схемы биокоррекционной поддержки дисбиоз у пациентов 1 группы определялся только в 10,8 % случаев. Отметим, что уровень нормальной кишечной микрофлоры, в частности количество бифидобактерий, полностью восстановился не у всех больных, дисбиотические изменения 3 степени наблюдались в 10,2 раза реже, чем до лечения. В структуре дисбактериозов преобладали 1-2 степени (81,8 %), что выражалось лишь в снижении уровня нормально ферментирующей *E. coli*.



**Рис. 1. Динамика дисбиотических показателей толстой кишки у детей 1 и 2 группы в ходе реабилитационных мероприятий (%)**

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 больше, чем у детей 1 группы ( $p < 0,05$ ). В структуре по прежнему преобладала 3 степень дисбактериоза с наличием условно-патогенной флоры (58,1 %), доля дисбактериоза 1-2 степени была низкой (35,5 %).

Таким образом, предложенная схема биокоррекционной поддержки обладает высокой эффективностью, что характеризуется увеличением содержания бифидобактерий до  $10^8$ - $10^9$  КОЕ/г и лактобактерий до  $10^6$ - $10^7$  КОЕ/г, исчезает гемолитическая микрофлора, условно-патогенные грамотрицательные палочки (представители родов *Proteus*, *Klebsiella*,

*Citrobacter*, *Pseudomonas*), снижается уровень обнаружения золотистых стафилококков.

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 нормативных, что в 1,8 раза реже, 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, и подтверждает ее высокую эффективность.

*Динамика эндоскопических и морфологических показателей состояния толстой кишки.* Из 32 детей с хроническим колитом из 1-й группы наблюдения эндоскопически путем ректороманоскопии обследованы 22 ребенка. У 3 (13,6 %) детей визуально при эндоскопии воспалительные изменения слизистой оболочки не выявлялись. У остальных 19 больных, у которых выявлен дистальный колит, к концу 1 года наблюдения он сохранился, однако степень выраженности была меньшей. Нормализации состояния слизистой оболочки толстой кишки не отмечено ни у одного ребенка с первоначально диагностированным атрофическим или субатрофическим проктосигмоидитом. Следовательно, эффективность терапии пациентов 1 группы, судя по эндоскопическим признакам, составляет 13,6 %. В тоже время ни у одного больного 2 группы не установлено нормализации состояния слизистой оболочки.

Учитывая значительные сложности деонтологического плана, повторная морфологическая диагностика осуществлена только 3 больных с хроническим колитом из 1 группы наблюдения. Отметим, что значительных изменений в структуре слизистой оболочки в течение года не произошло, однако, у всех больных интенсивность клеточной инфильтрации уменьшилась.

Таким образом, предложенные методы совершенствования биокоррекционной поддержки больных с толстокишечной патологией являются более эффективными по отношению с традиционными схемами лечения и последующей

реабилитации. У большинства пациентов 1 группы при соблюдении диеты с включением продуктов функционального питания, устранении ряда факторов риска, усовершенствованной организации биокоррекционной поддержки и психологической помощи наступил регресс клинических и лабораторных признаков заболевания к 3-12 неделе от начала лечения. Однако по данным эндоскопического и морфологического исследований структурные изменения слизистой оболочки не претерпели значительного обратного развития, что указывает на многофакторность формирования патологии и необходимость длительной (не менее 3-5 лет) комплексной терапии. Результаты наблюдений показывают высокую эффективность предложенного алгоритма реабилитационной программы больным с патологией толстой кишки с учетом функциональных расстройств и характера дисбиоза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Здоровье детей России. – М., 1999. – 274 с.
2. Ипатов Ю. П., Комарова Л. Г., Переслегина И. А., Шабунина Е. И. Ключи к проблеме гастроэнтерологических заболеваний у детей. – Н. Новгород, 1997. – 218 с.
3. Ленюшкин А. И. Хирургическая колопроктология детского возраста. – М.: Медицина, 1999. – 366 с.
4. Хронические заболевания кишечника у детей / Под ред. Бодни И. А. – Ташкент: Медицина, 1986. – 375 с.
5. Хронические неспецифические заболевания кишечника у детей / Под ред. Баранова А. А., Аболанской А. В. – М.: Медицина, 1986. – 192 с.
6. Баранов А. А. Научные и организационные приоритеты в детской гастроэнтерологии // *Вопр. современной педиатрии*. – 2002. – № 2. – С. 10-15.
7. Копейкин В. Н. Медикаментозное лечение хронических колитов у детей // *Детская гастроэнтерология 2002: Сб. мат. 9-го симпозиума*. – М., 2002. – С. 158-162.

T. I. Ryabichenko, M. Yu. Denisov, A. I. Kalmykova, A. P. Hachatryan, A. I. Palcev, V. D. Peterson, T. G. Kosyanova

#### **Perfection methods of rehabilitation in children with chronic inflammatory bowel disease**

In article new approaches to rehabilitation of children with chronic inflammatory bowel disease including Therapeutic products of a functional feed, probiotic and prokinetic medicament us means, and also psychotherapeutic Treatment of patients are submitted. Results of research have shown high efficiency of the offered algorithm of the rehabilitation program at 79,6 % of patients with bowel disease.