

## ПРИНЦИПЫ ПОДХОДА К САНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ И РАЗЛИЧНЫМИ ПРОТОЗООЗАМИ

По данным наших исследований, у 30 % детей, страдающих различными дерматозами, имеются нарушения биоценоза кишечника в форме обсемененности различными простейшими, как патогенными (лямблиоз), так и условно-патогенными (*Blastocystis hominis*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Chylomastix* и др.). Степень колонизации этих микроорганизмов может быть различной. Лечение данного контингента детей сопряжено с определенными трудностями, т. к. до сих пор не сформулированы единые подходы к интерпретации результатов лабораторных исследований.

Предпосылки нарушения кишечного микробиоценоза с избыточным размножением простейших у детей следующие:

– инфекционные энтероколиты, вызванные как патогенными, так и условно-патогенными (стафилококк, клебсиелла, протей, кишечная палочка и др.) возбудителями;

– нарушение всасывания в тонкой кишке, чаще выраженное синдромом вторичной лактазной недостаточности и целиакией от стертых до выраженных форм, что приводит к образованию промежуточных сахаров в просвете кишечника и избыточной пролиферации простейших;

– хронические формы «тканевых» паразитозов (токсокароз, описторхоз, токсоплазмоз); они отличаются длительной выживаемостью в организме человека благодаря своим иммуносупрессивным свойствам, следствием чего является снижение барьерной функции кишечника для различной патогенной и условно-патогенной микрофлоры.

Безусловно патогенный лямблиоз при классическом течении имеет определенную цикличность и клиническую картину, чаще выраженную болевым, диарейным синдромом, что достаточно хорошо освещено в литературе. С другой стороны, бластоцистоз (оппортунистическая инфекция) часто не имеет клинических проявлений, и бластоцисты могут обнаруживаться случайно. Целенаправленный опрос тем

не менее позволяет выявить острую фазу у 60 % пациентов (схваткообразные боли в животе, водянистая диарея, повышение температуры тела, иногда рвота, эпизод ахоличного стула).

Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта у детей с избыточной колонизацией условно-патогенных простейших, таких, как *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Chylomastix* и др. неспецифичны и выражены болями в животе без четкой локализации, снижением аппетита, метеоризмом, неустойчивым стулом и т. п. При длительном течении любая из вышеперечисленных форм протозоозов у детей с различными дерматозами может способствовать возникновению трофических нарушений кожи за счет возникновения синдрома полигиповитаминозов, усилению кожного зуда вследствие вторично возникающих дискинезий желчевыводящей системы, что приводит к нарушению конъюгации и экскреции солей желчных кислот, возникновению синдрома холестаза. Паразитирование простейших в кишечнике служит причиной повышения уровня простагландинов и других медиаторов воспаления, поступления большого количества антигенного материала в процессе жизнедеятельности и гибели микроорганизмов во внутренние среды организма, что также усугубляет кожный зуд.

Обнаружение одного и того же вида простейших при повторных исследованиях, наличие клинических проявлений воспалительного процесса в ЖКТ у детей с различными дерматозами могут послужить основанием для назначения лечебных мероприятий, направленных на санацию кишечника.

На основании многолетнего опыта наблюдения детей с различными протозоозами были сформулированы принципы лечения и выбора специфического препарата.

1. Необходимо проведение курса подготовительной терапии, включающий диетические мероприятия (назначение безлактозной и аглютиновой диеты в течение 3 месяцев, ограничение поступления простых сахаров, создание кислой среды кишечного содержимого).

2. Назначение курса спазмолитиков, энтеросорбентов, желчегонных препаратов галстена (фирма «Биттнер»), одестон, сочетающих свойства спазмолитиков и холеретиков (холекинетиков), позволит избежать полипрагмазии, особенно у детей с лекарственной сенсibilизацией.

3. Следует обеспечить нормальный пассаж кишечного содержимого.

4. При выборе препарата специфического лечения простейших необходимо учитывать:

- возраст ребенка (ограничений к применению у детей раннего возраста не имеют препараты нитрофуранового ряда, но наиболее известный из них – фуразолидон, обладающий протистицидными и антибактериальными свойствами, достаточно токсичен). Нами с успехом использовался макмирор (нифурател) (фирма «Си-Эс-Си») в дозе 15 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней, в том числе и у детей первого года жизни. Препарат малотоксичен, хорошо переносился пациентами, не вызывал обострений дерматоза. Удобен в использовании при лечении детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет сироп эрсефурила (нифуроксин). Его применяют в дозе по 100 мг 3 раза в день в течение 5–7 дней. Детям более старшего возраста доза увеличивается – по 200 мг 3–4 раза в день;

- сопутствующие заболевания мочевыводящих путей, при этом для лечения простейших более целесообразно назначение препаратов нитрофуранового ряда (макмирор, эрсефурил, фуразолидон), длительность курса при этом можно увеличить до 10 дней;

- сопутствующую патологию со стороны желудка и 12-перстной кишки (гастродуодениты, язвенная болезнь), особенно ассоциированную с *H. pylori*. В этом случае назначаются производные нитромидазола (метронидазол, трихопол, тинидазол, тиберал). Указанные препараты включаются в комплекс терапии наряду с  $H_2$ -блокаторами и антибактериальными препаратами, активными в отношении геликобактерной инфекции;

- микробный пейзаж кишечника (при избыточной колонизации условно-патогенной и грибковой флорой лучше назначать препараты оксихинолинового ряда, обладающие широким спектром действия – антибактериальным, протистицидным, противогрибковым). К таким препаратам относятся хлорхинольдол, интетрикс. Следует учитывать, что имеются возрастные ограничения к их назначению;

- устойчивость простейших микроорганизмов к специфическим препаратам, что особенно актуально при затяжном течении лямблио-

за, бластоцистоза и др., когда уже неоднократно назначались различные антипротозойные препараты. В этом отношении высокой эффективностью отличается тиберал (орнидазол) (фирма «Хоффман-Ля Рош»), который был апробирован нами при лечении 20 детей (2–14 лет) с дерматозами для санации сопутствующих протозоозов. Лечение проводилось в условиях стационара с последующим двукратным паразитологическим контролем. Результаты терапии свидетельствовали об исключительной эффективности, относительно хорошей переносимости, относительно низком проценте побочных эффектов со стороны кожи. Применяя препарат в амбулаторных условиях, следует проявлять осторожность при назначении его пациентам с резидуальными проявлениями перинатального поражения ЦНС (особенно с эписиндромом в анамнезе) в силу возможности возникновения побочных эффектов со стороны ЦНС. Распределение суточной дозы (30–40 мг/кг) на 2–3 приема снижает риск возникновения токсических эффектов тиберала;

- наличие у больных лекарственной сенсibilизации.

5. Проведение восстановительного курса направлено на ликвидацию синдрома холестаза (галстена, гептрал, в запущенных случаях – урсофальк), улучшение биоценоза кишечника (лактолоза, активная даже в отношении хронического амебиаза, хилак форте, различные формы бифидо- и лактобактерий), восстановление витаминного баланса, местного иммунитета (очень хорошо зарекомендовал себя превентан). При отсутствии указаний на сенсibilизацию у больных к пыльце растений не надо забывать о фитотерапии. Настои таких трав, как зверобой продырявленный, березовые почки, девясил высокий, тысячелистник обладают самостоятельной противопаразитарной активностью.

Таким образом, у детей с хроническими дерматозами и длительно протекающими протозойными инфекциями в комплекс лечения необходимо включать короткие курсы специфической терапии. Антипротозойные препараты должны тщательно подбираться с учетом сопутствующей патологии, лекарственной сенсibilизации, чувствительности микрофлоры каждого больного.