

Клинические рекомендации по диагностике и лечению ОКИ у детей в зависимости от типа диарей

А. А. Новокшенов¹, Л. Н. Мазанкова², В. Ф. Учайкин¹

¹ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова», Москва

²ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва

Представлена классификация острых кишечных инфекций у детей по типу диарей (инвазивный, секреторный, осмотический), критерии их диагностики. На основании данных литературы и собственных клинических исследований даны рекомендации по рациональной терапии в зависимости от типа диарей.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, дети, тип диарей, пробиотики, энтеросорбенты, антибактериальные препараты.

The article presents the classification of acute intestinal infections in children according type of diarrhea (invasive, secretory, osmotic) and criteria of their diagnostic. On the basis of publications data and original clinical studies the recommendations are given concerning types of rational therapy depending on of type of diarrhea.

Keywords: acute intestinal infection, children, type of diarrhea, probiotics, enterosorbent, antibacterial pharmaceutical.

Критерии диагностики типа диарей

• **Инвазивный тип** – этиологический фактор: патогенные или условно-патогенные бактерии. Пусковой механизм развития диарей и инфекционного процесса – воспалительный процесс в любом отделе кишечника. Топический диагноз, чаще всего – колит (в том числе дистальный), энтероколит, гастроэнтероколит. Тяжесть заболевания определяет степень выраженности воспалительного процесса и эндотоксикоза. При среднетяжелых и тяжелых формах возможно развитие любого клинического синдрома токсикоза – нейротоксикоза, токсикоза с эксикозом, вплоть до инфекционно-токсического шока и гемолитико-уремического синдрома. Основным направлением лечебных мероприятий является – купирование эндотоксикоза и интоксикации (назначение энтеросорбентов) и этиотропная антибактериальная терапия. При наличии синдромов инфекционного токсикоза – неотложные мероприятия проводятся по общим правилам.

• **Секреторный тип («водянистая» диарея без явлений метеоризма)** – этиологический фактор: патогенные или условно-патогенные бактерии, вырабатывающие энтеротоксин (холерный вибрион, энтеротоксигенные эшерихии, клебсиеллы и др.).

Пусковой механизм развития диарей и инфекционного процесса – гиперсекреция воды и электролитов энтероцитами без воспалительного процесса в кишечнике. Топический диагноз – энтерит или гастроэнтерит. Тяжесть заболевания определяет степень выраженности токсикоза с эксикозом. При среднетяжелых и тяжелых формах возможно развитие гиповолемического шока. Основным направлением лечебных мероприятий является пероральная или инфузионная регидратация. Антибиотики не назначаются. Эффективными средствами этиотропной терапии являются пробиотики и энтеросорбенты.

• **Осмотический тип («водянистая» диарея с явлениями метеоризма)** – этиологический фактор: вирусы (ротавирус, норовирус, аденовирус и др.). Пусковой механизм развития диарей и инфекционного процесса – дисахаридазная (главным образом, лактазная) недостаточность, гиперосмолярность химуса и нарушение всасывания воды и электролитов в кишечнике. Топический диагноз – энтерит или гастроэнтерит. Тяжесть заболевания определяет главным образом степень выраженности токсикоза с эксикозом. Основным направлением лечебных мероприятий является купирование дисахаридазной недостаточности, явлений метеоризма

Новокшенов Алексей Аммосович, к.м.н., профессор
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского
123317, г. Москва, Шмитовский пр., д. 29
E-mail: alex.novocshonov@yandex.ru

(низколактозная или безлактозная диета, ферменты и др.), пероральная регидратация и этиотропная противовирусная терапия (арбидол, циклоферон, КИП и др.). Эффективными средствами этиопатогенетической терапии являются также энтеросорбенты и пробиотики.

Больные с острыми кишечными инфекциями (ОКИ), независимо от этиологии и типа диареи, могут лечиться как в стационаре, так и на дому.

Показаниями к лечению в стационарных условиях являются:

- тяжелые формы заболевания;
- легкие и среднетяжелые формы – при наличии выраженных абдоминальных болей, требующих консультации хирурга;
- больные с сопутствующей инфекционной патологией (пневмония, отит и др.);
- больные из закрытых детских учреждений, независимо от тяжести заболевания;
- больные из многодетных или социально неблагополучных семей, а также дети раннего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном (гипотрофия и др.);
- при отсутствии положительной динамики или нарастании тяжести заболевания первые 2-3 дня лечения легких и среднетяжелых форм в домашних условиях.

Обязательной срочной госпитализации подлежат:

- больные среднетяжелыми и тяжелыми формами ОКИ, при наличии синдромов, угрожающих жизни ребенка (гипертермический, судорожный синдром, синдром нейротоксикоза, гиповолемического шока и др.).

Клинические критерии диагностики синдрома нейротоксикоза:

- острое, внезапное начало заболевания с гипертермического синдрома – стойкое повышение температуры тела $> 39,0^{\circ}\text{C}$, торпидной к действию жаропонижающих;
- наличие общемозговых (головная боль, рвота и др.) и менингеальных симптомов (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского и др.);
- возбуждение, судорожная готовность (дрожание кончиков пальцев, подбородка) или клонико-тонические судороги;
- бледность, мраморный рисунок кожи, цианоз, нередко – «белая гипертермия»;
- тахикардия, гипертония (или падение АД);
- возможно развитие метеоризма, пареза кишечника, полиорганной недостаточности, потери со-

знания или гипервентиляционного и синдрома нейрогенной тахикардии.

Критерии диагностики гипервентиляционного синдрома:

- одышка, превышающая 80' в минуту, типа «загнанного зверя»;
- поверхностное дыхание, нарастающий цианоз кожного покрова;
- развитие интерстициального отека легких токсико-гипоксического генеза.

Критерии диагностики синдрома нейрогенной тахикардии (коронарной недостаточности):

- появление приступов сердцебиений свыше 180' в минуту, сопровождающихся –
- выраженным беспокойством ребенка;
- бледностью и цианозом кожного покрова;
- набуханием и пульсацией яремных вен;
- кряхтящим дыханием и раздуванием крыльев носа.

Критерии диагностики гиповолемического шока при эксикозе 2-3-й степени:

- выраженный цианоз кожного покрова, гипотермия, похолодание конечностей;
- тахикардия, падение АД (ниже 60 мм ртутного столба);
- возможны остановка дыхания, судороги, потеря сознания.

Критерии диагностики инфекционно-токсического шока:

- быстрое нарастание признаков сосудистой недостаточности и микроциркуляторных нарушений – бледность кожи, мраморный рисунок, сероватый цвет, появление пятен гипостаза, симптома «белого пятна», цианоза;
- тахикардия, глухость тонов сердца, падение АД;
- нарушение сознания, вплоть до сопора и комы;
- развитие полиорганной недостаточности (надпочечниковой, почечной и др.);
- появление признаков геморрагического синдрома (петехии, кровотечения и др.);
- температура тела может быть как высокой, так и сниженной до гипотермии;
- признаки дегидратации могут быть как выраженными, так и отсутствовать;
- клиническая картина напоминает сепсис.

Основные направления комплексной терапии

1. Лечебное питание (диета)

Лечебное питание является постоянным и ведущим компонентом терапии ОКИ на всех этапах болезни. Принципиально важным моментом в ор-

ганизации питания больных детей является отказ от проведения водно-чайной паузы. Доказано, что даже при тяжелых формах диареи пищеварительная функция большей части кишечника сохраняется, а голодные диеты способствуют замедлению процессов репарации, содействуют нарушению питания и значительно ослабляют защитные силы организма.

1.1. Разгрузка в питании. Детей раннего возраста необходимо кормить чаще, но маленькими порциями. В 1-й день лечения назначается разгрузка в питании – уменьшение объема пищи не более чем на 50% от физиологической потребности и увеличение кратности кормлений:

Объем разового кормления (мл)	Интервал (часы)	Количество кормлений	Суточный объем (мл)
10-50	2	10	100-500
60-80	2,5	8	480-640
90-100	3	7	630-700
120-160	3,5	6	720-960
170-200	4	5	850-1000

Объем разового кормления определяется не только возрастом ребенка, но и тяжестью состояния, наличием аппетита и частотой рвоты. Ночной перерыв в кормлении детей обязателен. Начиная со 2-х суток, объем разового питания может быть увеличен на 20–30 мл и соответственно удлиняется интервал между кормлениями. Разгрузка в питании детей старше 3-х лет в первый день обычно проводится кефиром по 100–150–200 мл через 3-4 часа, в зависимости от возраста ребенка.

1.2. В острый период, независимо от тяжести заболевания и типа диареи, не рекомендуются продукты питания, усиливающие перистальтику кишечника, бродильный процесс и содержащие грубую клетчатку:

- черный хлеб, сухари из черного хлеба;
- цельное молоко, йогурты, ряженка, сливки;
- каши на цельном молоке;
- бобовые, свекла, огурцы, квашеная капуста, редька, репа, редис;
- цитрусовые (мандарины, апельсины и др.), груши, сливы, виноград;
- мясные и рыбные бульоны, жирные сорта мяса, рыбы, птицы;
- а также – газированные напитки.

Ограничения в диете назначаются до стойкой нормализации частоты и характера стула, затем набор продуктов постепенно расширяется.

1.3. Рекомендуемые в остром периоде продукты питания и детские смеси.

Перечень продуктов и детских смесей	
Продукты обычного питания	
Грудное женское молоко Каши на половинном молоке (рисовая, гречневая, манная) Овощи и фрукты (картофель, яблоки, морковь, бананы) Кисломолочные продукты (детский кефир, творог, Агуша, НАН кисломолочный) Мясо нежирных сортов (говядина, рыба, курица) Консервы для детского питания	
Адаптированные детские смеси	Импресс, Нутрилон, Фрисолак, Семпер Бэби 1-2, Пилти, Туттели, Ням-Ням, НАН 6-12 мес. и др.
Частично адаптированные смеси	Виталакт, Малыш, Милумил, Хумана 2 и др.
Смеси с нуклеотидами	Фрисолак 1-2, НАН 1, Симилак 1-2, Энфамил 1-2 и др.
Лечебно-профилактические продукты обогащенные	
бифидобактериями	Детский кефир «Бифидок», НАН с бифидобактериями, смесь «Лактофидус», Бифилин, Бификефир и др.
лактобактериями	Ацидофильная «Малютка», Агуша кисломолочная, Ацидолакт, Биолакт, Биофрутолак, Виталакт, Актимель и др.
бифидо- и лактобактериями	Смеси Агуша 1-2, Бифилакт и др.
Специализированные детские смеси	
низколактозные	Нутрилон НЛ, Хумана ЛП, Нутрилак НЛ, сухая низколактозная «Малютка», безмолочные каши (рисовая, гречневая, яблоко, банан и др.)
безлактозные	НАН безлактозный, Нутрилак БЛ, Нутрилон БЛ, Энфамил, Лактофри, смесь «Лактофидус», каша «Хумана» специальная безлактозная, отмытый творог, сыр; на соевой основе – Нутрилак-соя, Алсой, Изомил, Фрисосой, Прособи, Хайнц-соевая смесь, Нутрилон соя, соя Сэмп и др. детские смеси

В остром периоде ОКИ могут быть использованы соответствующие возрасту продукты и детские смеси обычного питания, однако предпочтение следует отдать:

- *лечебно-профилактическим пробиотическим продуктам питания.* Бифидо- и лактобактерии, входящие в их состав, обладают выраженной антагонистической активностью в отношении патогенов, возбудителей ОКИ, оказывают нормализующее действие на микробиоценоз и препятствуют дальнейшему прогрессированию дисбактериоза кишечника, активно участвуют в пищеварении, оказывают иммуномодулирующее действие и др., благодаря чему существенно повышается клиническая эффективность проводимой терапии;
- *детским смесям с нуклеотидами.* Нуклеотиды являются исходным компонентом для построения РНК и ДНК, им принадлежит важная роль в развитии иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировки энтероцитов;

- низколактозным или безлактозным продуктам и детским смесям – при кишечных инфекциях осмотического и инвазивно-осмотического типа, протекающих с выраженными явлениями «бродильной диспепсии» и метеоризма.

2. Регидратационная терапия

Основой рационального лечения больных ОКИ, независимо от типа диареи, наряду с правильным питанием, является возмещение патологических потерь воды и электролитов – регидратационная терапия. Регидратационная терапия проводится при наличии обезвоживания организма – синдрома дегидратации (токсикоза с эксикозом).

2.1. Клинические критерии диагностики синдрома дегидратации:

- наличие патологических потерь воды и электролитов (рвота, жидкий стул и др.);
- умеренная или выраженная жажда (может отсутствовать);
- сухость кожного покрова, слизистых оболочек полости рта, гортани (осиплость голоса или афония), пищевода (нарушение глотания), сухость склер;
- снижение тургора тканей;
- западение глазных яблок, большого родничка (или его выбухание);
- заостренные черты лица;
- гемодинамические нарушения (тахикардия, гипотония, бледность, цианоз и др.);
- менинго-энцефалический синдром;
- олиго- или анурия;
- потеря массы тела до 5% – 1-я, 6-9% – 2-я, 10% и более – 3-я степень эксикоза.

Регидратационная терапия проводится путем выпаивания ребенка (пероральная регидратация) или внутривенно (инфузионная регидратационная терапия).

2.2. Показаниями для проведения пероральной регидратации являются - начальные проявления диареи, умеренное (1–2 ст.) обезвоживание, не тяжелое общее состояние ребенка. Для борьбы с обезвоживанием, независимо от типа диареи, обычно используется гипертонический глюкозо-солевой раствор «Регидрон», однако рациональнее, особенно при вирусных диареях, применять гипоосмолярные растворы: «Нумана Электролит» с фенхелем или «Нумана Электролит» со вкусом банана, а также «Гидровит» или морковно-рисовый отвар «ORS-200», так как при вирусных диареях ведущим пусковым механизмом развития диареи является гипертоническая осмолярность химуса. Назначение гипоосмолярных растворов является патогенетически обоснован-

ным и более эффективным, чем гипертонический «Регидрон». Эффективность пероральной регидратации оценивается по исчезновению и уменьшению симптомов обезвоживания, прекращению водянистой диареи, прибавке массы тела.

2.3. Показания для проведения инфузионной регидратационной терапии:

- токсикоз с эксикозом 3-й степени с потерей массы тела 10% и более;
- токсикоз с эксикозом 2-й степени с признаками гиповолемического шока;
- неукротимая рвота;
- сочетание эксикоза (любой степени) с тяжелой интоксикацией;
- неэффективность пероральной регидратации в течение суток;
- олигурия или анурия, не исчезающая в ходе первого этапа регидратации;
- нарастание объема стула во время проведения пероральной регидратации в течение 2-х дней лечения.

Эти явления могут быть обусловлены врожденным или приобретенным в период заболевания нарушением всасывания глюкозы.

3. Ферментотерапия

Ферментотерапия проводится с целью коррекции переваривающей и всасывательной функции ЖКТ.

3.1. Клиническими показаниями являются:

- среднетяжелые и тяжелые формы ОКИ «осмотического» и «инвазивного» типа с вовлечением в патологический процесс тонкого отдела кишечника (энтерит, гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит);
- наличие бродильной (метеоризм, частый жидкий стул с резким кислым запахом) или гнилостной диспепсии – неприятный (зловонный или гнилостный) запах испражнений.

В этих случаях ферментные препараты назначают:

- после ликвидации клинических симптомов, угрожающих жизни больного (нейротоксикоз, токсикоз с эксикозом II–III степени, ИТШ и др.);
- в период расширения диеты – после разгрузки в питании;
- при сопутствующей гастроэнтерологической патологии (ферментопатия и др.).

3.2. Выбор ферментного препарата в зависимости от типа диареи:

- при «инвазивных» диареях необходимость в назначении ферментов возникает, как правило, на 3–4-ый день болезни. Препаратом «стартовой» терапии является панкреатин или его аналоги (мезим

форте, креон, пангрол 400 и др.);

- при «осмотическом типе» диареи – с первых дней болезни следует назначать ферменты с высокой амилолитической активностью (лактаза Бэби, ти-лактаза, ораза, сомиллаза, панцитрат, пангрол 400, юниэнзим и др.);
- при наличии явлений метеоризма, независимо от типа диареи, эффективными являются также препараты на основе панкреатина с ди- или симетиконом (панкреофлат, зимоплекс) или юниэнзим, так как «пенегасители», входящие в состав этих препаратов, препятствуют газообразованию.

3.3. В остром периоде заболевания не следует назначать:

- ферментные препараты на основе панкреатина с компонентами бычьей желчи (фестал, дигестал, панолез, энзистал и др.), так как они могут усилить диарейный синдром. Компоненты бычьей желчи (желчные кислоты и др.) стимулируют моторику кишечника и желчного пузыря, усиливают осмотическое давление химуса, оказывают повреждающее действие на слизистую, а при микробной деконъюгации – способствуют активации циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) энтероцитов с последующим развитием или усилением гиперсекреции или осмотического компонента диареи;
- ферментные препараты с высокой протеолитической активностью (абомин, панзинорм форте и др.), так как в большинстве случаев в остром периоде ОКИ протеолитическая активность химуса повышена. Косвенным подтверждением этого является наличие прозрачной слизи в испражнениях, раздражения кожи вокруг ануса, а также бродильной диспепсии (метеоризма). Кроме того, назначение протеолитических ферментов при ротавирусной инфекции может стимулировать репродукцию вируса, усилить диарейный синдром и тяжесть заболевания.

4. Симптоматическая терапия

4.1. Жаропонижающие мероприятия – проводятся по общим принципам и включают:

- физические методы охлаждения (холод на крупные сосуды и др.);
- назначение жаропонижающих лекарственных средств (нурофен, панадол, эффералган, калпол и др.);
- при «белой» гипертермии – дополнительно назначаются спазмолитики, физические методы охлаждения противопоказаны;
- при наличии гипертермии (40-41°C) и судорожной готовности – показано внутримышечное введение литической смеси (50% р-р анальгина + 2% р-р

димедрола (или другого антигистаминного препарата) + 0,25% р-р новокаина в возрастных дозировках);

- при резком беспокойстве ребенка в литическую смесь добавляют дроперидол (0,15%) или седуксен в возрастных дозировках.

4.2. Противорвотные мероприятия. При наличии частой рвоты эффективной является разгрузка в питании и промывание желудка, особенно при пищевом пути инфицирования, а при отсутствии эффекта назначаются *противорвотные препараты*:

Название препарата	Режим дозирования для детей
Метоклопрамид • Церукал табл. 10 мг, ампулы 2 мл (1 мл-5 мг) • Реглан табл. 10 мг, ампулы 2 мл (1 мл-5 мг), р-р 100-200 мл	<i>Внутрь</i> - детям 3-14 лет ½ табл. (или 2,5-5 мг) 1-3 раза/сут за 20-30 минут до еды, запивая большим количеством воды или ½-1 ч.л. раствора для приема <i>внутрь или в/м</i> по 0,5-1 мл. (0,1 мг/кг) 1-3 раза/сут.
Риабал (Прифиния бромид) р-р д/детей 50 мл флакон	<i>Внутрь</i> по 1 мг/кг/сут. на 3 приема (в 1 пипетке 2 мг – 0,4 мл) за 15-30 минут до еды - оказывает также спазмолитическое действие и устраняет болевой синдром
Домперидон табл. 10 мг • Мотилак табл. 0,01 г • Мотилиум табл. 10 мг, сусп. д/приема <i>внутрь</i> 100 и 200 мл (1 мг/мл)	<i>Внутрь</i> : за 30 мин до еды, взрослым и детям старше 5 лет по 10 мг 3-4 раза/сут, детям до 5 лет - 2,5 мг/10 кг 3 раза/сут. При выраженной тошноте и частой рвоте, взрослым и детям старше 5 лет – по 20 мг 3-4 раза/сут., детям до 5 лет - 5 мг/10 кг 3-4 раза/сут. Устраняет также абдоминальную боль, метеоризм

4.3. Купирование метеоризма. Лечебные мероприятия, направленные на купирование явлений метеоризма, должны обязательно включать рациональную диету. В качестве лекарственных средств симптоматической терапии могут быть назначены ветрогонные, в частности – «пенегасители»:

Название препарата	Режим дозирования для детей
Симетикон: • Эспумизан капс. 40 мг • Эспумизан 40 эмульсия оральная 100 мл флакон (40 мг/5 мл)	<i>Внутрь</i> дети грудного возраста по 1 ч. ложке 3-5 раз/сут., старше 6 лет и взрослые – по 1-2 капс. (или 1-2 ч. ложки эмульсии) 3-5 раз/сут во время или после еды (3-5 дней)
• Симикол капли д/приема <i>внутрь</i> 30 мл флакон	<i>Внутрь</i> детям и новорожденным по 0,3-0,6 мл перед каждым приемом пищи
• Симетон табл.	<i>Внутрь</i> 1-2 табл. после еды
• Гаскон Дроп эмульсия (300 мл)	<i>Внутрь</i> : по 1 ч. или дес. ложке 1- 2 раза/сут.
• Дисфлатил капли д/приема <i>внутрь</i> 30 мл флакон	<i>Внутрь</i> дети 6-15 лет – по 15-20 капель, до 6 лет – по 10-15 капель 2-3 раза/сут.
Диметикон (Цеолат) табл. жеват.	<i>Внутрь</i> 1-2 табл. после еды и перед сном

4.4. Купирование абдоминальных болей. Причиной абдоминальных болей при кишечных инфек-

Лекарственные средства для купирования абдоминальных болей

Название препарата	Режим дозирования и механизм действия
Спазмомен 40 драже	<i>Внутрь</i> по 1-2 драже 2-3 раза/сут. - избирательное спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру ЖКТ
Дюспаталин (Мебеверин) табл. 135 мг, капс. 200 мг	<i>Внутрь</i> за 20 мин до еды, не разжевывая и запивая водой, по 1 табл. (капс.) 2 раза/сут (утром и вечером) – избирательное спазмолитическое действие на мускулатуру ЖКТ
Метеоспазмил (Альверин+Симетикон)	<i>Внутрь:</i> по 1-2 капсулы 2-3 раза/сут - миотропный спазмолитик альверин устраняет болевой синдром, «пеногаситель» симетикон – газообразование
Бускопан табл. 10 мг, супп. рект. 10 мг	<i>Внутрь</i> дети > 6 лет и взрослые по 1-2 табл. (10-20 мг) 3-5 раз/сут запивая водой или по 1-2 супп. ректально 3 раза/сут - спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру ЖКТ
Дротаверин г/хлорид табл. 40 мг	<i>Внутрь:</i> дети до 6 лет ½-1/4 табл. 1-2 раза/сут, 6-12 лет ½ табл. 1-2 раза/сут. – оказывает спазмолитическое и общее сосудорасширяющее действие
Но-шпа таб. 40 мг	<i>Внутрь</i> дети 1-6 лет 40-120 мг/сут на 2-3 приема, старше 6 лет – 80-200 мг/сут на 2-5 приемов
Спазоверин табл.	<i>Внутрь</i> дети до 6 лет 10-20 мг, 6-12 лет 20 мг 1-2 раза/сут.
Папаверин табл. 0,04	<i>Внутрь</i> дети > 6 мес. по 0,005-0,06 г 2 раза/сут. – оказывает спазмолитическое и общее гипотензивное действие
Макситан табл.	<i>Внутрь</i> 1-2 табл. 3 раза/сут – анальгезирующее, противовоспалительное, спазмолитическое действие
Ревалгин табл.	<i>Внутрь</i> дети 6-8 лет ½ табл., 9-12 лет ¼ табл., 13-15 лет 1 табл. 2-3 раза/сут – оказывает болеутоляющее, жаропонижающее и противовоспалительное действие
Спаскупрель табл. сублингв.	<i>Внутрь:</i> по 1 табл. 3 раза/сут – болеутоляющее, спазмолитическое, седативное действие
Вибуркол супп. рект. детские	<i>Ректально:</i> дети 0-6 мес. 1 супп. 2 раза, старше – 2-3 раза/сут до купирования симптомов – оказывает спазмолитическое, седативное, анальгезирующее, противосудорожное и гипотермическое действие
Натрия альгинат: Альгинатол, Натальсид супп. рект. 0,25 г	<i>Ректально:</i> дети до 1 года 1 супп. 1 раз, 1-4 года 2 раза, старше 5 лет – 2-3 раза/сут. (3-5-7 дней). Оказывает быстрое и выраженное гемостатическое, п/воспалительное и репаративное действие на слизистую кишечника

циях может быть воспалительный процесс, усиленная перистальтика кишечника или спазм гладкой мускулатуры, а также повышенное газообразование. Для купирования болевого синдрома:

- при метеоризме используются ветрогонные лекарственные средства (ЛС), ферментные препараты и энтеросорбенты (неосмектин, фильтрум-сти, смекта и др.);
- при усиленной перистальтике кишечника – лоперамид и его аналоги;
- при спазмах гладкой мускулатуры кишечника – миотропные спазмолитики или блокаторы М-холинорецепторов. При выборе препаратов спазмолитического действия предпочтение следует отдать ЛС, которые избирательно действуют на мускулатуру ЖКТ (спазмомен 40, бускопан, дюспаталин) – они лишены побочного и общего гипотензивного действия, как дротаверин и папаверин;
- при болях, связанных с воспалительным процессом в нижних отделах толстого кишечника – суппозитории вибуркола или альгината натрия.

4.5. Антидиарейные мероприятия. Практически весь комплекс лечебных мероприятий, проводимых при кишечных инфекциях (включая диету, назначение ферментов, средств этиотропной терапии и др.) направлены на ликвидацию ведущего синдрома заболевания – диареи. Из антидиарейных ЛС можно использовать **лоперамид (имодиум) и его аналоги:**

Лекарственные формы	Режим дозирования для детей
Лоперамид табл. 2 мг Лоперамида г/хлорид капс. Веро-Лоперамид табл. 0,002 Лоперамид-Акри капс. 2 мг Имодиум капс., табл. 2 мг	<i>Внутрь:</i> детям старше 6 лет 2 мг, затем – 1 мг (не более 6 мг/сут) после каждого акта дефекации жидким стулом или детям 2-5 лет 1 мг 3 раза, 6-8 лет 2 мг 2 раза, 9-12 лет и взрослым по 2 мг 3 раза/сут. Курс лечения 1-2 дня
Лопедиум табл., капс. (2 мг)	<i>Внутрь:</i> дети 2-8 лет 0,04 мг/кг, старше 8 лет и взрослые – по 2 мг (не более 8 мг/сут). Курс лечения не более 2-х дней
Лопедиум ИЗО табл. (2 мг) шипучие	<i>Внутрь:</i> дети старше 12 лет 2 табл., затем по 1 табл. после каждой дефекации (не более 6 мг/сут). Курс лечения 1-2 дня
Лоперамид капли для детей 0,002% раствор 50 мл	<i>Внутрь:</i> дети старше 2 лет - 60 капель на прием, затем по 30 капель после каждого акта дефекации жидким стулом. Курс лечения не более 2-х дней

Быстрый и выраженный антидиарейный эффект оказывают также энтеросорбенты (неосмектин, фильтрум, энтеросгель, энтеродез и др.) и пробиотики (пробифор, бифиформ, бифистим, энтерол, споробактерин, полибактерин и др.), а при метеоризме – «пеногасители» и комбинированные ферментные

препараты (панкреофлат, зимоплекс, юниэнзим). Эти средства можно использовать, в отличие от лоперамида, практически при всех типах диареи, независимо от возраста больных, и при выраженном метеоризме.

5. Этиотропная терапия

Выбор средства этиотропной терапии осуществляется с учетом предполагаемой этиологии ОКИ (шигеллез, сальмонеллез, ротавирусная инфекция и др.) или типа диареи (инвазивный, секреторный и др.), а также – с учетом возрастных ограничений для препаратов этиотропного действия, периода болезни и сопутствующей патологии.

«Стартовую» этиотропную терапию легких, среднетяжелых и даже тяжелых форм следует начинать с «альтернативных» антибиотикам препаратов, обладающих прямым или опосредованным «этиотропным» воздействием на возбудителей ОКИ, как бактериальной, так и вирусной этиологии.

- Высокоэффективными средствами «этиотропной монотерапии» легких и среднетяжелых форм ОКИ у детей, независимо от их этиологии и типа диареи, как установлено многочисленными клиническими исследованиями, могут быть пробиотики, энтеросорбенты и препараты, обладающие иммуномодулирующим действием.

- Этиотропное действие пробиотиков обусловлено как «прямым» воздействием на возбудителей ОКИ (за счет высокой антагонистической активности), так и «опосредованным» через стимуляцию местного (кишечного) звена иммунитета и нормализацию количественного и качественного состава микрофлоры кишечника. Этиотропное действие энтеросорбентов осуществляется за счет сорбции и элиминации из кишечника не только патогенных и условно-патогенных бактерий, но и вирусов, возбудителей ОКИ.

5.1. «Стартовая» этиотропная монотерапия легких и среднетяжелых форм ОКИ пробиотиками, независимо от типа диареи.

Название препарата	Легкая форма	Среднетяжелая форма
Аципол капсулы	<i>Внутрь</i> – дети с 3-х мес. до 3-х лет по 1 капс. 2-3 раза, старше 3-4 раза/сут. за 20-30 минут до приема пищи. Курс лечения 5-7(10) дней	<i>В комбинации с антибактериальными препаратами аципол препятствует прогрессированию дисбактериоза кишечника</i>
Бифидумбактерин форте – порошок (пакетики)	<i>Внутрь</i> – детям с 1 года по 5 пакетиков 4 раза/сут. Курс лечения 3-5 дней	<i>Внутрь</i> – детям с 1 года по 5 пакетиков 4-6 раз/сут. Курс лечения 5-7 дней
Бифиформ – капсулы	<i>Внутрь</i> – детям 1-3 года по 1 капс. 2 раза, 3-5 лет 3 раза, старше 5 лет – 4 раза/сут. Курс лечения 5-7 дней	

Продолжение таблицы

Название препарата	Легкая форма	Среднетяжелая форма
Бифистим - пакетики-стики	<i>Внутрь</i> – по 1 порошку 2-3 раза/сут. независимо от приема пищи. Курс лечения 5-7(14) дней	
Биоспорин - капсулы	<i>Внутрь</i> – 1–2 капс. 2-3 раза/сутки. Курс лечения 5-7 дней	
Пробифор - порошок (пакетики)	<i>Внутрь</i> – детям до 6 мес. 1 пакетик 2 раза, до 7 лет - 3 раза, старше 3-4 раза/сут. Курс лечения 3-5 дней	<i>Внутрь</i> – детям до 6 мес. по 1 пакету 3 раза, до 7 лет – 3-4 раза, старше 7 лет – по 2 пакетика 2-3 раза/сут. Курс лечения 5-7 дней
Полибактерин табл.	<i>Внутрь</i> – детям с 2-х лет по 2 табл. 3 раза/сутки. Курс лечения 5-7 дней	<i>Внутрь</i> – детям с 2-х лет по 2 табл. 3–4 раза/сутки. Курс лечения 5-7 дней
Споробактерин р-р флаконы 1,2,5 мл	<i>Внутрь</i> – детям 1-3 года по 0,5 мл, старше 3-х лет по 1 мл 2 раза/сут. Курс лечения 3-5 дней	<i>Внутрь</i> – детям 1-3 года по 0,5 мл, старше 3-х лет по 1 мл 3 раза/сут. Курс лечения 5-7 дней
Энтерол капс. 250 мг	<i>Внутрь</i> – детям 1-3 года по 1 капс., старше 3 лет по 1-2 капс. 2 раза/сут. Курс лечения 5-7(10) дней	<i>В комбинации с антибактериальными препаратами повышает клиническую и санитизирующую эффективность лечения</i>

Примечание - при среднетяжелых формах ОКИ для повышения эффективности этиопатогенетической терапии пробиотики следует сочетать с назначением энтеросорбентов, в том числе – энтеродеза. При этом пробифор и бифидумбактерин форте можно разводить в его разовой дозе до 4-5% раствора

5.2. «Стартовая» этиотропная монотерапия легких и среднетяжелых форм ОКИ энтеросорбентами, независимо от типа диареи.

Название препарата	Легкая форма	Среднетяжелая форма
Смектит диоктаэдрический - порошок • Неосмектин • Смекта	<i>Внутрь</i> – детям до 1 года 1 пакетик, 1-2 года – 2 пакетика, старше 2-х лет – 2-3 пакетика/сут. Содержимое пакетика перед употреблением растворяют в 30-50 мл жидкости. Курс лечения 3-5 дней	
Фильтрум-сти табл.	<i>Внутрь</i> - детям до 1 года ½ таб., 1–7 лет 1 таб. 3 раза, 8–12 лет 4 раза, старше - по 2 таб. 3 раза/сут. Курс лечения 3-5 дней	<i>Внутрь</i> – детям до 1 года ½ таб., 1–7 лет 1 таб. 4 раза, 8–12 лет по 2 таб. 3 раза, старше - 4 раза/сут. Курс лечения 3-5 дней
Энтеросгель паста, гель	<i>Внутрь</i> – детям 1–2 года - 20 г, 3–7 лет – 40 г, 7–12 лет – 60 г, старше 12 лет – 80 г/сутки на 4 приема (3-5 дней)	
Полисорб МП порошок	<i>Внутрь</i> – по 2-3 г 3 раза/сут в виде водной суспензии. При тяжелом диарейном синдроме в 1-е сутки разовая доза может быть увеличена до 4-6 г. Курс лечения 2-3(5) дней	

Энтеросорбенты, в отличие от антибактериальных препаратов, обладают и патогенетическим действием (дезинтоксикационным, антидиарейным, оказывают нормализующее действие на микробиоценоз кишечника и др.).

При выборе средства этиотропной терапии следует также учитывать, что у детей раннего возраста, особенно в осенне-зимне-весенний период года, в структуре кишечных инфекций до 70–80% занимают вирусные диареи. Нередко они протекают как вирусно-бактериальная инфекция инвазивно-осмотического типа диареи. В этих случаях при легких и среднетяжелых формах эффективным является использование пробиотиков в комбинации с энтеросорбентами; антибиотикотерапию следует назначать только при тяжелых формах заболевания. Использование антибактериальных препаратов при легких и среднетяжелых формах ОКИ вирусно-бактериальной этиологии способствует формированию или прогрессированию дисбактериоза кишечника, функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и, соответственно, затягиванию острого периода заболевания.

Вместо антибиотиков или химиопрепаратов для стартовой терапии ОКИ бактериальной этиологии, а также при тяжелых формах ОКИ вирусной этиологии, целесообразнее назначать, помимо пробиотиков и энтеросорбентов, *специфические иммуноглобулины (КИП), препараты иммуномодулирующего и противовирусного действия.*

5.3. «Этиотропная» терапия с использованием препаратов, обладающих противовирусным и иммуномодулирующим действием.

Название препарата	Показания и режим дозирования
Арбидол табл. 0,05 г и 0,1 г капсулы 0,1 г	<i>Противовирусный препарат.</i> Назначается только при кишечных инфекциях вирусной (ротавирусной) этиологии («осмотических» диареях) <i>внутри:</i> детям 2-6 лет 0,05 г, 6-12 лет 0,1 г, старше 12 лет по 0,2 г 3-4 раза/сут. Клиническая и saniрующая эффективность существенно повышается при комбинации с энтеросорбентами. <i>Курс лечения 3-5(7) дней</i>
Гепон лиоф. пор. 1 или 2 мг во флаконах	<i>Иммуномодулятор</i> - назначается с 1-х дней болезни <i>внутри:</i> детям старше 6 лет по 1 мг/сут (1 мл 0,1% раствора) при среднетяжелых и тяжелых формах ОКИ (сальмонеллез, шигеллез и др.) в комбинации с антибактериальными препаратами, а при вирусных диареях – как единственное средство «этиотропной» терапии. <i>Курс лечения 3-5(7) дней</i>

Продолжение таблицы	
Название препарата	Показания и режим дозирования
КИП (комплексный иммунный препарат) - порошок	<i>Содержит высокие титры специфических антител против шигелл, сальмонелл, эшерихий, ротавируса.</i> Назначается с 1-х дней болезни как единственное средство «этиотропной» терапии легких и среднетяжелых форм ОКИ (или в комбинации с антибактериальными препаратами, пробиотиками или сорбентами при тяжелых формах кишечных инфекций). <i>Внутри:</i> детям при умеренной диарее по 1-й дозе 2-3 раза/сут, при тяжелых формах – до 3-4 доз/сут. <i>Курс лечения 3-5(7) дней</i>
Кипферон суппозитории (КИП+ рекомбинантный альфа-2-интерферон)	<i>Антибактериальный, противовирусный, иммуномодулирующий препарат.</i> Назначается с 1-х дней как монотерапия или в комбинации с антибактериальными препаратами <i>ректально:</i> детям от 1 мес. до 1 года по 1 супп. на 1-2 приема, 1-3 года 1 супп. 2 раза/сут, старше 3-х лет 3 раза/сут. с интервалом 4 часа. <i>Курс лечения 3-5(7) дней</i>
Циклоферон таб. 150 мг	<i>Индуктор интерферона, оказывает иммуностимулирующее, противовирусное и противовоспалительное действие.</i> Назначается с 1-х дней болезни в составе комплексной терапии среднетяжелых и тяжелых форм ОКИ бактериальной (шигеллез, сальмонеллез, иерсиниоз) и вирусной этиологии. <i>Режим дозирования: внутри</i> детям в возрасте 4-6 лет – 150 мг, 7-11 лет – 300 мг, от 12 лет и старше – 450 мг на 1, 2, 4, 6, 8 и 11 дни лечения 1 раз/сут. за 30 минут до еды, не разжевывая

При отсутствии положительной динамики симптомов в первые 2–3 дня лечения препаратами «стартовой» альтернативной этиотропной терапии, а также при тяжелых формах ОКИ бактериальной этиологии инвазивного типа диареи с 1-х дней болезни – в качестве ЛС этиотропной терапии могут быть использованы химиопрепараты или антибиотики.

5.4. Антибактериальные химиопрепараты «стартовой» этиотропной терапии среднетяжелых форм кишечных инфекций.

Название препарата	Режим дозирования для детей
Нифуроксазид • Энтерофурил • Эрсефурил	<i>Внутри</i> - суспензия - дети 1-6 мес. по 2,5 мл 2-3 раза, от 7 мес. до 2-х лет 4 раза, 2-7 лет 5 мл 3 раза/сут. <i>Капсулы</i> – дети старше 5 лет по 2 капс. (100мг) или 1 капс (200мг) 4 раза/сут. <i>Курс лечения 5-7 дней</i>
Налидиксовая кислота • Невиграмон	<i>Внутри:</i> дети с 3-х мес. возраста – начальная доза 60 мг/кг, затем по 30 мг/кг/сут на 4 приема. <i>Курс лечения 3-5 (7) дней</i>
Нифурател таб. 0,2 г • Макмирор	<i>Внутри:</i> дети по 10-15 мг/кг 2-3 раза/сут. <i>Курс лечения 5-7 дней</i>
Ко-тримоксазол • Котрифарм 480 табл.	<i>Внутри:</i> детям от 6 до 12 лет 1 табл., старше – по 1-2 таб. 2 раза/сут. <i>Курс лечения 5-7 дней</i>

Препаратом выбора «стартовой» этиотропной терапии среднетяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии, по результатам клинических исследований, в настоящее время является нифуроксазид. Препарат обладает широким спектром действия в отношении патогенных и условно-патогенных бактерий, не оказывает отрицательного воздействия на микробиотоз кишечника, практически не всасывается и поэтому не имеет противопоказаний и побочного действия, за исключением аллергических реакций (как правило, сыпь) при использовании препарата в виде суспензии.

5.5. Антибиотики «стартовой» этиотропной терапии среднетяжелых и тяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии инвазивного типа диареи.

Препараты	Режим дозирования для детей
Гентамицин	<i>Внутрь</i> : по 10 мг/кг/сут. на 3 приема. Курс лечения 5-7 дней
Канамицин	<i>Внутрь</i> : дети старше 1 мес. - 30-50 мг/кг/сут. на 3-4 приема. Курс лечения 5-7 дней
Рифампицин	<i>Внутрь</i> : по 15-20 мг/кг/сут. на 2 приема, <i>в/в</i> 8-10 мг/кг/сут на 2 введения. Курс лечения 5-7 дней
Цефалексин	<i>Внутрь</i> : дети от 6 мес. до 1 года 500 мг/сут, 1-6 лет 0,5-1 г/сут, 6-10 лет 1 г/сут, 10-14 лет 1-2 г/сут на 4 приема. Курс лечения 5-7 дней
Цефуросим	<i>Внутрь</i> : суспензия или табл. по 125 мг 2 раза/сут. после еды, 5-7 дней. <i>В/в или в/м</i> по 50-100 мг/кг/сут. на 3 введения. Курс лечения 3-5(7) дней
Цефамандол	<i>В/в или в/м</i> по 50-100 мг/кг/сут. на 3-4 введения. Курс лечения 5-7 дней

Антибиотики «стартовой» терапии обладают широким спектром действия на возбудителей ОКИ, находящихся как в кишечнике, так и в крови, при наличии бактериемии. Недостатком является развитие побочных реакций, иммуносупрессия и дисбактериоз кишечника. Клиническая и санирующая эффективность этих препаратов в последние годы существенно снизилась из-за широкой циркуляции резистентных штаммов бактерий. Для повышения их клинической и санирующей эффективности следует дополнительно назначать энтеросорбенты и/или препараты, обладающие иммуномодулирующим действием (циклоферон, ликопид, гепон и др.).

При отсутствии клинического эффекта и нарастании тяжести заболевания первые 2-3 дня лечения по одной из вышеперечисленных схем этиотропной терапии ОКИ инвазивного типа, назначаются антибиотики «резерва». Антибиотики «резерва» применяются как *внутри*, так и парентерально, обладают широким спектром действия и являются эффективными в отношении практически всех возбудителей

ОКИ, в том числе – внутриклеточно расположенных и устойчивых к антибактериальным препаратам «стартовой» терапии. При парентеральном введении они хорошо секретируются кишечником, а при приеме *внутри* – хорошо всасываются, создавая высокие концентрации, как в крови, так и в слизистой оболочке кишечника. Недостаток – частые побочные реакции и возрастные ограничения (например, фторхинолоны, одним из противопоказаний для них является детский возраст).

5.6. Антибиотики «резерва» для лечения среднетяжелых и тяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии инвазивного типа диареи.

Препараты	Режим дозирования для детей
Азитромицин	<i>Внутрь</i> – (табл., капсулы): детям старше 1 года 1-й день 10 мг/кг, затем 4 дня по 5 мг/кг (или 3 дня по 10 мг/кг) 1 раз/сут. Суспензия – дети с массой тела 10-14 кг - по 2,5 мл (100 мг), 15-25 кг - по 5 мл (200 мг), 26-35 кг - по 7,5 мл (300 мг), 36-45 кг - по 10 мл (400 мг) 1 раз/сут. Курс лечения 3(5) дней
Амикацин	<i>В/в</i> 10 мг/кг/сут. на 2-3 введения, <i>внутри</i> по 20-30 мг/кг на 3 приема. Курс лечения 3-5 дней
Имипиенем	<i>В/в или в/м.</i> по 15 мг/кг/сут. на 4 введения. Курс лечения 3-5 дней
Максипим	<i>В/в</i> детям старше 2 мес. по 50 мг/кг 2 раза/сут. Курс лечения 5-7 дней
Меропенем	<i>В/в или в/м.</i> - по 10-20 мг/кг/сут. на 3 введения. Курс лечения 5-7 дней
Нетилмицин	<i>В/в или в/м.</i> детям до 1 года по 2,5-3 мг каждые 8 час., старше 1 года – по 6 мг/кг 1 раз/сут. Курс лечения 5-7 дней
Цефтриаксон	<i>В/в или в/м</i> , новорожденным по 20-50 мг/кг/сут., старше 50-75 мг/кг/сут. на 1-2 введения. Курс лечения 3 дня <i>в/м.</i> , 7 дней <i>в/в</i>
Цефиксим	<i>Внутрь</i> – капсулы детям старше 12 лет по 1 капс.(400 мг) 1 раз или по ½ капс. (200 мг) 2 раза/сут. Суспензия: дети 6-12 мес. 2,5-4 мл, 2-4 года 5 мл, 6-11 лет по 10 мл 1 раз/сут. (по 8 мг/кг 1 раз или по 4 мг/кг 2 раза/сут). Курс лечения 3-5 дней
Цефтибутен	<i>Внутрь</i> от 6 мес. до 10 лет по 9 мг/кг/сут на 1-2 приема, дети старше 10 лет 400 мг/сут на 1 прием. Курс лечения 3-5 дней
Цефтазидим	<i>В/в или в/м.</i> детям до 2-х мес. 25-60 мг/кг/сут на 2 введения, старше – 30-100 мг/кг/сут. на 3 введения. Курс лечения 3-5 дней
Цефоперазон	<i>В/м или в/в болюсно</i> по 40 мг/кг/сут., старше 12 лет по 0,5-1 г каждые 12 час. Курс лечения 3-5 дней
Цефаклор	<i>Внутрь</i> : по 20 мг/кг/сут на 3 приема (макс. 40 мг/кг). Курс лечения 5-7 дней

Антибактериальные ЛС «резерва» рекомендуется применять только в стационарных условиях (преимущественно в ОРИТ). В качестве «стартовых» их используют при тяжелых, септических формах ОКИ у детей раннего возраста, а также у детей из групп «риска» – с отягощенным акушерским анамне-

зом, врожденной патологией ЦНС и других органов. Клиническая и saniрующая эффективность этих ЛС существенно повышается при совместном использовании с энтеросорбентами (неосмектин, смекта и др.) или препаратами, обладающими иммуномодулирующим действием (гепон, циклоферон, липоид и др.).

Антибактериальная этиотропная терапия проводится, как правило, 5–7-и дневным курсом. Повторные курсы, даже с учетом чувствительности выделенного штамма бактерий к антибиотикам и химиопрепаратам, нецелесообразны. Длительные или повторные курсы антибактериальной терапии лишь способствуют прогрессированию дисбактериоза кишечника и даже могут привести к развитию эндогенной инфекции за счет роста представителей условно-патогенной флоры, не чувствительных к данному антибиотику. Лечение антибиотиками среднетяжелых и тяжелых форм должно обязательно сопровождаться назначением энтеросорбентов и/или препаратов иммуномодулирующего действия (циклоферон, гепон и др.). Они существенно повышают клиническую, saniрующую эффективность проводимой терапии и предупреждают прогрессирование дисбактериоза кишечника.

При повторном высеве патогенных бактерий следует использовать имеющиеся бактериофаги или специфические иммуноглобулины для приема per os (КИП, колипротейный лактоглобулин, лактоглобулин против сальмонелл и условно-патогенных бактерий и др.).

5.7. Лактоглобулины для санации бактериовыделителей.

Название препарата	Показания и режим дозирования
Лактоглобулин противоколипротейный сухой для приема внутрь	Содержит антитела против <i>E. coli</i> сероваров 026,055,0111,0119 и протеев (<i>Pr. mirabilis</i> , <i>Pr. vulgaris</i>), обладающих антимикробным и токсиннейтрализующим действием. Назначается внутрь детям до 6 мес. по 1 дозе 2 раза, старше 6 мес. по 2 дозы 2-3 раза/сут за 20-30 мин до еды при бактерионосительстве и дисбактериозах кишечника для деконтаминации протеев и гемолизирующих форм кишечной палочки. Курс лечения 7-14(21) дней
Лактоглобулин против условно-патогенных бактерий и сальмонелл сухой для приема внутрь	Содержит антитела против сальмонелл (<i>S. typhimurium</i> и <i>S. enteritidis</i>), протеев (<i>Pr. mirabilis</i> и <i>Pr. vulgaris</i>), клебсиелл (<i>K. pneumoniae</i>) и синегнойной палочки (<i>Ps. aeruginosa</i>), обладающих антибактериальным и антитоксическим действием. Назначается внутрь - детям до 6 мес. по 1 дозе 1-2 раза/сут, старше 6 мес. по 2 дозы 2-3 раза/сут за 20-30 мин до еды для санации бактерионосителей сальмонелл и при дисбактериозах для деконтаминации протеев, клебсиелл и синегнойной палочки. Курс лечения 7-14(21) дней

При наличии неустойчивого характера стула по окончании антибактериальной терапии, как правило, связанного с дисбактериозом кишечника, назначаются пробиотики (пробифор, полибактерин, бифистим, энтерол и др.) курсом не менее 7–10 дней и/или лечебно-профилактические продукты питания, обогащенные бифидо- или лактобактериями (детский кефир «Бифидок» и др.).

Таким образом, независимо от типа диареи, препаратами альтернативной антибактериальным ЛС «стартовой» этиотропной, микробиоценозсберегающей терапии легких, среднетяжелых и, даже, тяжелых форм ОКИ у детей следует считать пробиотики, энтеросорбенты и препараты иммуномодулирующего действия. Только при отсутствии клинического эффекта первые 2–3 дня лечения или нарастания тяжести состояния больного решается вопрос о назначении антибиотиков.

Литература

1. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под общей редакцией А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной. М., «Литтера». - 2007.- том XV.- книга 2. - С. 64-148
2. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение) /В.Ф. Учайкин, А.А. Новокионов, Л.В. Мазанкова, Н.В. Соколова //Пособие для врачей. - 2003 - 34 с.
3. Полибактерин. Опыт применения /В.А. Алешкин и др. // Пособие для врачей. М., - 2003.
4. Клиническая эффективность пробиотика «Полибактерин» в комплексной терапии кишечных инфекций бактериальной и вирусной этиологии у детей /О.Н. Тихонова, А.А. Новокионов, Н.В. Соколова и др. //Детские инфекции. - 2006. - том 5.- № 1.- С. 48-51.
5. Врачебный контроль за здоровьем ребенка на первом году жизни. Настольная книга врача-педиатра. Под редакцией М.А. Курцера, А.Г. Румянцева. Департамент здравоохранения г. Москвы. 2007. – С. 90-143
6. Энтеросорбция. Роль энтеросорбентов в комплексной терапии острой и хронической гастроэнтерологической патологии /В.Ф. Учайкин, А.А. Новокионов, Н.В. Соколова, Т.В. Бережкова //Пособие для врачей. - 2008. – 24 с.
7. Место и значение энтеросорбции в этиопатогенетической терапии ОКИ у детей /В.Ф. Учайкин и др. //Педиатрия. – 2007 - том 86.- № 2. -С. 44-50
8. Зайцева И.А. Энтеросорбент Фильтрум в терапии острых кишечных инфекций /И.А. Зайцева, А.П. Кошкин, Д.Ю. Левин // Детские инфекции. 2005.- №1.- С. 61–62.
9. Горелов А.В. Смекта — препарат выбора при лечении ротавирусной инфекции у детей /А.В. Горелов, И.Ш. Трефилова, Н.В. Белова Н.В. //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997.- №6.- С. 35–38.
10. Клиническая эффективность и воздействие на микробиоценоз кишечника нового отечественного энтеросорбента «Неосмектин» в комплексной терапии ОКИ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей /А.А. Новокионов и др. //Детские инфекции. - 2007-том 6.- № 1. – С. 60-65

11. Колоколов В.А. Клинико-патогенетическое обоснование применения некоторых энтеросорбентов (Смекта и Энтерокат-М) в лечении дизентерии и сальмонеллеза у детей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — М., 1998. — 20 с.
12. Клинико-лабораторная эффективность мультипробиотического препарата Аципол в комплексной терапии «инвазивных» ОКИ у детей /О.С. Бармина, А.В. Горелов, Д.В. Усенко, М.Д. Ардатская.//Инфекционные болезни – 2009.-т.7.-№1.-С.76-79
13. Клиническая эффективность и воздействие на микробиocenоз кишечника пробиотика «Аципол» в комплексной терапии ОКИ у детей /А.А. Новокионов и др.//Педиатрия. – 2007. - том 86. - № 2.-С.-87-92
14. Буланова И.А. Результаты применения лактосодержащих пробиотиков при вирусных диареях у детей раннего возраста /И.А. Буланова, Л.В. Феклисова, Л.В. Титова //Детские инфекции.-2009.-том 8.-№2.- С.58-60
15. Комплексный иммунный препарат для орального приема в лечении ОКИ у детей./В.А. Алёшкин и др. //Педиатрия. 1992.-№1.-С. 73-76
16. Усенко Д.В. Применение препарата *Saccharomyces boulardii* в лечении кишечных инфекций у детей раннего возраста /Д.В. Усенко, Н.В. Матанина, С.В. Милованова // РМЖ. — 2003; 3 (175): 218–219.
17. Клиническая эффективность пробиотика «Энтерол» в комплексной терапии ОКИ у детей /А.А. Новокионов, Н.В. Соколова, Т.В. Бережкова, Т.С. Ларина //Детские инфекции. - 2006. -том 5.-№2.-С.43-47
18. Мазанкова Л.Н. Альтернативный метод лечения острых кишечных инфекций у детей // Пособие для врачей. М., 2003. - 28 с.
19. Мазанкова Л.Н. Совершенствование патогенетической терапии острых кишечных инфекций у детей /Л.Н. Мазанкова, А.А. Павлова //Детские инфекции. — 2006; 4: 67–69.
20. Применение продукта Бифидок для профилактики и лечения дисбактериоза кишечника у детей /Н.А. Абрамов и др. // Методические рекомендации для врачей. - 1997. - 15 с.
21. Современные подходы к лечению ОКИ у детей /В.Ф. Учайкин, А.А. Новокионов, Н.В. Соколова, М.А. Корнюшин // Педиатрия. – 1996. - №3. - С.49-54.
22. Грацианская А.Н. Нифуроксазид в лечении кишечных инфекций //Фарматека.- 2004. - № 13(90). – С.53-69.
23. Сравнительная клиническая и санитизирующая эффективность этиотропной терапии ОКИ у детей 5-нитрофуранами /В.Ф. Учайкин и др. //Детские инфекции, 2005, том 4, №1, С. - 49-53.
24. Применение «Пробифора» при острых кишечных инфекциях у детей /В.Ф. Учайкин, А.А. Новокионов, М.О. Гаспарян, Е.О. Дорошенко //Новые лекарственные препараты. – 2004. - вып. 1. - С. 21-28.
25. Пробиотик Бифиформ – альтернатива этиотропной антибиотико - и химиотерапии ОКИ у детей. /А.А. Новокионов и др. //Детские инфекции. – 2003. - № 3. - С. 36-40.
26. Клиническая эффективность БАД «Бифистим» в составе комплексной терапии ОКИ осмотического и инвазивно-осмотического типа диареи. / А.А. Новокионов, Н.В. Соколова, Т.С. Ларина, В.Ф. Учайкин //Детские инфекции. - 2008. - № 4. – С. 56-61
27. Клиническая эффективность иммуномодулятора «Гепон» в комплексной терапии ОКИ вирусной этиологии у детей /А.А. Новокионов и др. //Детские инфекции., – 2003. - №4. - С. 32-35.
28. Противовирусный препарат «Арбидол» как перспектива этиотропной терапии ротавирусной инфекции у детей /В.Ф. Учайкин и др. //Детские инфекции. – 2004. - № 3(8). - С. 34-39
29. Эффективность и перспективы использования пробиотика «Споробактерин» в комплексной терапии ОКИ бактериальной этиологии у детей /А.А. Новокионов и др. // Детские инфекции.- 2004. - № 4. - С. 41- 45
30. Биocenоз-сберегающая терапия инфекционных заболеваний кишечника у детей /А.А. Новокионов и др. //Фарматека. – 2004. -13 (90). – С. 85-88.
31. Рациональная этиотропная терапия ОКИ бактериальной и вирусной этиологии у детей на современном этапе /А.А. Новокионов, Н.В. Соколова, О.Н. Тихонова, Т.С. Ларина // Доктор РУ.- 2007. - №2.- С. 5-12

References

1. Ratsional'naya farmakoterapiya detskikh zabolevaniy. Rukovodstvo dlya praktikuyushchikh vrachey. Pod redaktsiyey Baranova AA, Volodina NN, Samsyginoy GA. M. «Littera». 2007;XV(2):64-148.
2. Uchaykin VF, Novokshonov AA, Mazankova LV, Sokolova NV. Ostrye kishhechnye infektsii u detey (diagnostika, klassifikatsiya, lechenie). Posobie dlya vrachey. 2003;34.
3. Polibakterin. Opyt primeneniya. Pod redaktsiyey Aleshkina VA i dr. Posobie dlya vrachey. M. 2003.
4. Tikhonova ON, Novokshonov AA, Sokolova NV i dr. Klinicheskaya effektivnost' probiotika «Polibakterin» v kompleksnoy terapii kishhechnykh infektsiy bakterial'noy i virusnoy etiologii u detey. Detskie infektsii. 2006;5(1):48-51.
5. Vrachebnyy kontrol' za zdorov'em rebenka na pervom godu zhizni. Nastol'naya kniga vracha-pediatra. Pod redaktsiyey Kurtsera MA, Rummyantseva AG. Departament zdravookhraneniya g. Moskvy. 2007;90-143.
6. Uchaykin VF, Novokshonov AA, Sokolova NV, Berezhkova TV. Enterosorbtsiya. Rol' enterosorbentov v kompleksnoy terapii ostroy i khronicheskoy gastroenterologicheskoy patologii. Posobie dlya vrachey. 2008;24.
7. Uchaykin VF i dr. Mesto i znachenie enterosorbtsii v etiopatogeneticheskoy terapii OKI u detey. Pediatriya. 2007;86(2):44-50.
8. Zaytseva IA, Koshkin AP, Levin DYu. Enterosorbent Fil'trum v terapii ostrykh kishhechnykh infektsiy. Detskie infektsii. 2005;1:61–62.
9. Gorelov AV, Trefilova ISh, Belova NV. Smekta – preparat vybora pri lechenii rotavirusnoy infektsii u detey. Epidemiologiya i infektsionnye bolezni. 1997;6:35–38.
10. Novokshonov AA i dr. Klinicheskaya effektivnost' i vozdeystvie na mikrobiotsenoz kishhechnika novogo otechestvennogo enterosorbenta «Neosmektin» v kompleksnoy terapii OKI virusnoy i virusno-bakterial'noy etiologii u detey. Detskie infektsii. 2007;6(1):60-65.
11. Kolokolov VA. Kliniko-patogeneticheskoe obosnovanie primeneniya nekotorykh enterosorbentov (Smekta i Enterokat-M) v lechenii dizenterii i sal'monelleza u detey: Avtoref. diss. ...kand. med. nauk. M. 1998;20.
12. Barmina OS, Gorelov AV, Usenko DV, Ardatskaya MD. Kliniko-laboratornaya effektivnost' mul'tiprotibioticheskogo preparata Atsipol v kompleksnoy terapii «invazivnykh» OKI u detey. Infektsionnye bolezni. 2009;7(1):76-79.
13. Novokshonov AA i dr. Klinicheskaya effektivnost' i vozdeystvie na mikrobiotsenoz kishhechnika probiotika «Atsipol» v kompleksnoy terapii OKI u detey. Pediatriya. 2007;86(2):87-92.
14. Bulanova IA, Feklisova LV, Titova LV. Rezul'taty primeneniya

- laktosoderzhashchikh probiotikov pri virusnykh diareyakh u detey rannego vozrasta. *Detskie infektsii*. 2009;8(2):58-60.
15. Aleshkin VA i dr. Kompleksnyy immunnnyy preparat dlya oral'nogo priema v lechenii OKI u detey. *Pediatriya*. 1992;1:73-76.
16. Usenko DV, Matanina NV, Milovanova SV. Primenenie preparata *Saccharomyces boulardii* v lechenii kishhechnykh infektsiy u detey rannego vozrasta. *RMZh*. 2003;3 (175):218-219.
17. Novokshonov AA, Sokolova NV, Berezhkova TV, Larina TS. Klinicheskaya effektivnost' probiotika «Enterol» v kompleksnoy terapii OKI u detey. *Detskie infektsii*. 2006;5(2):43-47.
18. Mazankova LN. Al'ternativnyy metod lecheniya ostrykh kishhechnykh infektsiy u detey. *Posobie dlya vrachev*. M., 2003;28.
19. Mazankova LN, Pavlova AA. Sovershenstvovanie patogeneticheskoy terapii ostrykh kishhechnykh infektsiy u detey. *Detskie infektsii*. 2006; 4: 7-69.
20. Abramov NA i dr. Primenenie produkta Bifidok dlya profilaktiki i lecheniya disbakterioza kishhechnika u detey. *Metodicheskie rekomendatsii dlya vrachev*. 1997;15.
21. Uchajkin VF, Novokshonov AA, Sokolova NV, Kornjushin MA. Sovremennyye podhody k lecheniyu OKI u detey. *Pediatriya*. 1996;3:49-54.
22. Gracianskaya AN. Nifuroksazid v lechenii kishhechnykh infektsiy. *Farmateka*. 2004;13(90):53-69.
23. Uchajkin VF i dr. Sravnitel'naya klinicheskaya i sanirujushhaya jeffektivnost' jetiotropnoy te-rapii OKI u detey 5-nitrofurantoinami. *Detskie infektsii*. 2005;4(1):49-53.
24. Uchajkin VF, Novokshonov AA, Gasparjan MO, Doroshenko EO. Primenenie «Probifora» pri ostrykh kishhechnykh infektsiyah u detey. *Novyye lekarstvennyye preparaty*. 2004; vypusk 1:21-28.
25. Novokshonov AA i dr. Probiotik Bifiform – al'ternativa jetiotropnoy antibiotiko- i himioterapii OKI u detey. *Detskie infektsii*. 2003;3:36-40.
26. Novokshonov AA, Sokolova NV, Larina TS, Uchajkin VF. Klinicheskaya jeffektivnost' BAD «Bifistim» v sostave kompleksnoy te-rapii OKI osmoticheskogo i invazivno-osmoticheskogo tipa diarei. *Detskie infektsii*. 2008;4:56-61.
27. Novokshonov AA i dr. Klinicheskaya jeffektivnost' immunomoduljatora «Gepon» v kompleksnoy terapii OKI vi-rusnoy jetiologii u detey. *Detskie infektsii*. 2003;4:32-35.
28. Uchajkin VF i dr. Protivovirusnyy preparat «Arbidol» kak perspektiva jetiotropnoy terapii rotavirus-noy infektsii u detey. *Detskie infektsii*. 2004;3(8):34-39.
29. Novokshonov AA i dr. Jeffektivnost' i perspektivy ispol'zovaniya probiotika «Sporobakterin» v kompleks-noy terapii OKI bakterial'noy jetiologii u detey. *Detskie infektsii*. 2004;4:41-45.
30. Novokshonov AA i dr. Biotsenoz-sberegayushchaya terapiya infektsionnykh zabolevaniy kishhechnika u detey. *Farmateka*. 2004;13(90):85-88.
31. Novokshonov AA, Sokolova NV, Tikhonova ON, Larina TS. Ratsional'naya etiotropnaya terapiya OKI bakterial'noy i virusnoy etiologii u detey na sovremennom etape. *Doktor RU*. 2007; 2:5-12.