

УДК 616.34-022.3.6-036.11-053.2-085

Каримова Адина Аскаралиевна

Кафедра пропедевтики детской болезни и

поликлинической педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

(Узбекистан)

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Резюме: Статья посвящена одной из наиболее серьезных проблем в педиатрии — острым кишечным инфекциям. Подробно рассматриваются вопросы лечения — регидратация, антибактериальная терапия, вспомогательная терапия. Даны рекомендации по диете детей с инфекционной диареей.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, диарея, регидратация, антибактериальная терапия.

Karimova Adina Askaralievna

Department of propaedeutics of childhood illness and

outpatient pediatrics

Andijan State Medical Institute

(Uzbekistan)

METHODS FOR TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

Abstract: The article is devoted to one of the most serious problems in pediatrics - acute intestinal infections. The treatment issues are considered in detail - rehydration, antibacterial therapy, auxiliary therapy. Recommendations are given on the diet of children with infectious diarrhea.

Key words: acute intestinal infections, diarrhea, rehydration, antibacterial therapy.

Актуальность. Широкая распространенность кишечных инфекций среди детей вызвана высокой контагиозностью и распространенностью

возбудителей, их устойчивостью к воздействию факторов внешней среды, возрастными особенностями строения и функционирования пищеварительной системы, функциональным несовершенством защитных механизмов, а также в недостаточной степени привитыми и закрепленными навыками гигиены.

При тяжелых формах кишечных токсикозов у детей возможно развитие отека легких, острой почечной и острой сердечной недостаточности. В мире ежегодно регистрируется примерно 2 млн летальных исходов от острых кишечных инфекций, преимущественно среди детей до 5 лет.

Проблему острых кишечных инфекций (ОКИ) не без основания можно считать одной из самых острых и широко обсуждаемых медицинской общественностью. Действительно, смерть от ОКИ входит в десятку основных причин смертности в мире, составляя по данным ВОЗ на 2012 год порядка 1,5 млн. случаев (примерно столько же людей погибают от рака легкого, трахеи и бронхов, сахарного диабета, ВИЧ/СПИД) [2]. Ежедневно от диарейных заболеваний в мире умирает более 5000 детей [1,5]. Эти инфекции занимают 4 место в «рейтинге значимости» глобального бремени болезней (ОББ, данные 2010 года). [3]. Справедливости ради следует отметить, что столь серьезные цифры характеризуют ситуацию, в первую очередь, в развивающихся странах. В России она не столь катастрофична, но социально-экономический ущерб от острых инфекционных диарей без преувеличения огромный.

Описывая этиологическую структуру ОКИ нельзя не вспомнить ряд хорошо известных любому инфекционисту сложностей лабораторной диагностики этой группы заболеваний. Как показывают многолетние и многочисленные наблюдения, рутинное, «поголовное» обследование всех детей с дисфункцией кишечника сравнительно малоинформативно. Более того, оно очень дорого. Известно, что частота положительных результатов

бактериологического исследования фекалий больных ОКИ детей, колеблется в пределах 1,5-5,6% [1,4]. Стоимость полной лабораторной идентификации одного изолята в таких условиях составляет в среднем \$952-\$1200 [3,5].

По данным собственных исследований частота выделения возбудителей бактериальных диарей в отечественном стационаре еще ниже: для *Salmonella* spp. она составила всего 3 -4,7%, для *Shigella* spp. 0,07-1,5%% (результаты исследования более 35000 фекальных образцов от детей, госпитализированных с клиникой ОКИ, данные ранее не публиковались). Voetsch A. с соавт. показали, что на каждый документально подтвержденный случай сальмонеллеза приходится около 39 случаев не подтвержденного [4]. Неудачам бактериологической диагностики есть много объяснений. В первую очередь, это, конечно же, быстрое сокращение доли этих инфекций в современной структуре острых детских диарей (о чем уже указывалось выше). Невысокой чувствительности бактериологической диагностики способствует широкая доступность кишечных антисептиков и антибиотиков, используемых в практике т.н. «самолечения» амбулаторных пациентов. Не секрет, что получение положительного результата исследования в немалой мере зависит и от техники забора материала. Все так. Кроме того, до сегодняшнего дня бытует прежнее представление о проблемах качества сред бак-лабораторий. Оно, это представление настолько устоялось, что уже стало «общим местом» в обсуждениях проблем диагностики бактериальных инфекций. Но сегодня ситуация в этом вопросе существенно изменилась.

Современные производственные технологии обеспечивают должное качество селективных питательных сред и высокий уровень положительного результата в работе врача-бактериолога. В этом, как нам кажется, не раз убеждался любой практикующий врач инфекционного

стационара. По-видимому, пришло время попробовать найти иное объяснение большому проценту т.н. «кишечных инфекций неустановленной этиологии», а не пытаться наращивать объемы рутинных лабораторных исследований.

Цель исследования. оптимизация диагностики и терапии острых кишечных инфекций у детей, на основании выявления их клинικο-патогенетических особенностей и изучения состояния микробиоценоза кишечника.

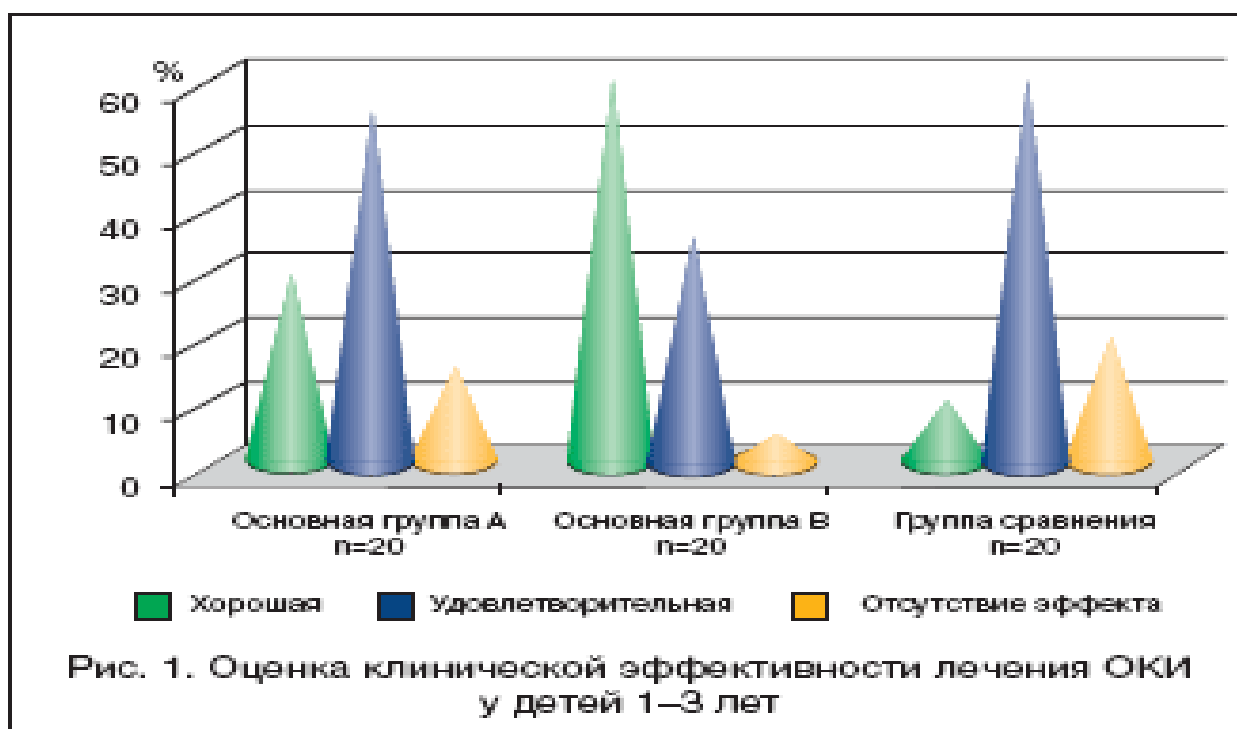
Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением были 60 детей, больных ОКИ, в возрасте от 6 мес. до 6 лет, находившихся на стационарном лечении в АОДБ и АОИБ. г Андижана. С учетом различий в комплексной терапии острой диареи все наблюдавшиеся больные были распределены методом случайной выборки на 3 группы.

Результаты исследования. Наиболее выраженный клинический эффект наблюдался в группе пациентов, получавших сочетание лактулозы с панкреатином (основная группа В). Длительность диареи у больных в данной группе была достоверно меньше ($4,24 \pm 0,21$ сут.), чем в основной группе А ($5,6 \pm 0,48$ сут.) и в группе сравнения ($6,2 \pm 0,52$ сут.) ($p < 0,01$). У больных, получавших пребиотический препарат, наблюдали также более быстрое прекращение метеоризма: $4,4 \pm 0,32$ сут. в группе А, $3,8 \pm 0,46$ сут. – в группе В в сравнении с $5,1 \pm 0,42$ сут. в группе получавших только энтеросорбенты. Нами не было выявлено влияния лактулозы и панкреатина на сроки купирования симптомов инфекционного токсикоза и рвоты.

Необходимо отметить хорошую переносимость лактулозы и панкреатина, а также отсутствие каких-либо негативных побочных реакций, в том числе аллергических.

При комплексной оценке клинической эффективности терапии установлено, что наибольшая частота «хорошего» эффекта от лечения

наблюдалась в группе больных, получавших панкреатин совместно с лактулозой .



В то же время при включении только лактулозы в традиционную терапию было отмечено повышение клинической эффективности на 20%. Отсутствие клинического эффекта от проводимого лечения к концу 3–х сут. реже всего наблюдалось в группе получавших лактулозу + панкреатин (у 1 больного). В группе сравнения количество таких детей было значительно больше – 4.

Сравнительная оценка состояния микрофлоры толстой кишки на фоне терапии была проведена у 30 больных – по 10 в каждой из групп. Было установлено, что в остром периоде кишечной инфекции у 100% больных развиваются дисбиотические нарушения различной степени, характеризующиеся снижением уровня лактобактерий (у 63,3% детей), бифидобактерий (у 80%), нормальной кишечной палочки (у 66,7%), повышением уровня кишечной палочки с измененной ферментативной активностью (у 33,3%), гемолизирующей *E. coli* (у 23,3%), ростом

количества условно–патогенных микроорганизмов (у 16,7%), золотистого стафилококка (у 36,7%) и дрожжевых грибов (у 23,3%).

Как видно из данных таблицы 2, характер дисбиотических нарушений до начала лечения существенно не различался между группами (единственным отличием было в 2 раза большее количество детей со сниженным уровнем лактобактерий в группе Стимбифид + бифидумбактерин).

Использование лактулозы при ОКИ способствовало улучшению микроэкологического пейзажа, в том числе восстановлению нормального уровня бифидобактерий у 50% больных, нормальной кишечной палочки – у 50%. Положительные изменения состава облигатной микрофлоры способствовали элиминации *E. coli* с измененной ферментативной активностью у 30% пациентов, *Staphylococcus aureus* – у всех больных этой группы, снижению уровня дрожжевых грибов – у 30%. Еще больший эффект был достигнут при совместном использовании панкреатина и лактулозы: дефицит бифидобактерий был ликвидирован у 70% больных, нормализация уровня *E. coli* достигнута у 50%, отмечалась также полная элиминация условно–патогенных бактерий (клебсиелла, цитробактер) и *St. aureus*.

Наименьшие положительные изменения состава микрофлоры толстой кишки наблюдались в группе пациентов, получавших только традиционную терапию: у 60% детей сохранялся дефицит лакто– и бифидобактерий, не изменялся уровень нормальной кишечной палочки, с той же частотой обнаруживались дрожжевые грибы и *St. aureus*.

При анализе структуры дисбиотических нарушений по степени их выраженности (в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных.

Преобладали II и III степени дисбактериоза. На фоне терапии лактулозой с первых дней ОКИ восстановление нормофлоры отмечено у 20% больных, а в комплексе с панкреатином – у 50%.

Среди получавших лактулозу после окончания лечения не было выявлено ни одного пациента с III степенью дисбактериоза. В то же время при использовании бифидумбактерина в виде монотерапии при ОКИ выраженность микроэкологических нарушений не изменялась: дисбактериоз III степени был отмечен у 20% детей, II степени – у 60%, не было зафиксировано ни одного случая восстановления эубиоза.

Вывод. Таким образом, с учетом широкой распространенности и разнообразия возбудителей, а также затруднений, возникающих при диагностике, проблема ОКИ в детском возрасте не теряет своей актуальности. Тактика лечения этой группы заболеваний должна иметь комплексный и этапный характер и включать регидратационную и диетотерапию, средства этиотропного и патогенетического лечения. В последние годы получены убедительные данные относительно эффективности отдельных штаммов пробиотических микроорганизмов и содержащих их лекарственных препаратов, применение которых в стартовой терапии обеспечивает достоверное уменьшение степени выраженности основных симптомов заболевания, а также оказывает благоприятное влияние на состояние микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин В.А. Ацетонемический синдром при острых кишечных инфекциях у детей / В.А. Анохин, С.В. Ха-лиуллина, И.А. Гутор // Детские инфекции. - 2012. - Т. 11, № 1. - С. 6-12.
2. Никулина Е.В. Состояние поджелудочной железы при острых кишечных инфекциях (по данным УЗИ) / Е.В. Никулина, М.И. Пыков, В.П. Тимина //

Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: материалы I конгресса педиатров-инфекционистов России. - М., 2002 - С. 136-137.

3. Пампура А.М. Классификация и клинические проявления пищевой аллергии [Электронный ресурс] / А.М. Пампура, А.И. Хавкин // РМЖ. - 2003. - №20. - Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_769.htm.
4. Хаертынов Х.С. Клинико-эпидемио-логические особенности кишечных инфекций, протекающих с синдромом гемоколита, у детей / Х.С. Хаертынов, Д.Р. Семенова, К.В. Сушников // Казан. мед. журн. - 2013. - Т. 94, № 2. -С. 208-211.
5. Халиуллина С.В. Острые инфекционные диареи и дефицит цинка в организме ребенка / С.В. Халиуллина, В.А. Анохин, В.С. Валиев // Вопр. детской диетологии. - 2014. - № 1. - С. 14-22.