

УДК 616.34-022.3.6-036.11-053.2-085

Каримова Адина Аскаралиевна

**Кафедра пропедевтика детской болезни и
поликлинической педиатрии**

Андижанский государственный медицинский институт

(Узбекистан)

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ 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]. Справедливо 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 клинико-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 ($4,24\pm0,21$ сут.), чем в основной группе А ($5,6\pm0,48$ сут.) и в группе сравнения ($6,2\pm0,52$ сут.) ($p<0,01$). У больных, получавших пребиотический препарат, наблюдали также более быстрое прекращение метеоризма: $4,4\pm0,32$ сут. в группе А, $3,8\pm0,46$ сут. – в группе В в сравнении с $5,1\pm0,42$ 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 .

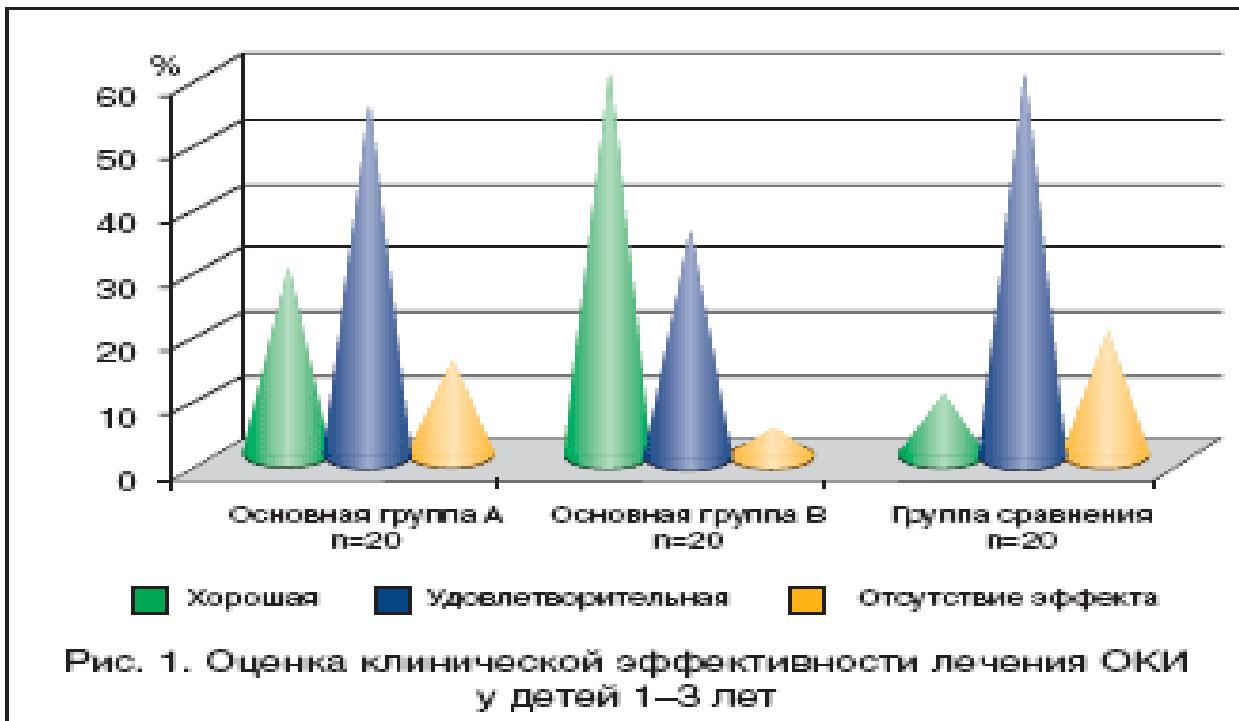


Рис. 1. Оценка клинической эффективности лечения ОКИ у детей 1–3 лет

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. Нikuлина Е.В. Состояние поджелудочной железы при острых кишечных инфекциях (по данным УЗИ) / Е.В. Нikuлина, М.И. Пыков, В.П. Тимина //

- Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: материалы I конгресса педиатров-инфекционистов России. - М., 2002 - С. 136-137.
3. Пампур А.М. Классификация и клинические проявления пищевой аллергии [Электронный ресурс] / А.М. Пампур, 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.