

Стартовая антибактериальная терапия при острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста

Р.Г. Ловердо, К.Г. Штокалов, В.В. Поплавская, В.А. Новиков

Starting antibacterial therapy for acute enteric infections in infants

R.G. Loverdo, K.G. Shtokalov, V.V. Poplavskaya, V.A. Novikov

R.G. Loverdo, K.G. Shtokalov, V.V. Poplavskaya, V.A. Novikov

Проведено сравнительное изучение эффективности стартовой антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у 130 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет при различных типах диарейного синдрома с использованием энтерофурила, фуразолидона, амикацина. Установлено, что применение энтерофурила в стартовой терапии среднетяжелой и тяжелой (в сочетании с антибиотиком) форм инвазивной и смешанной диареи вызывало достоверно более быстрый терапевтический эффект по сравнению с другими препаратами, особенно в отношении нормализации локальных симптомов заболевания с минимальными нарушениями микробиоценоза кишечника в периоде реконвалесценции. Выявлена целесообразность включения в стартовую этиотропную терапию осмотической диареи энтерофурила в течение первых 3 дней лечения до установления этиологического фактора острой кишечной инфекции.

Ключевые слова: дети, острые кишечные инфекции, антибактериальная терапия, энтерофурил, фуразолидон, амикацин.

The efficiency of starting antibacterial therapy with enterofuril, furazolidone, or amikacin for acute enteric infections was comparatively studied in 130 children aged 1 month to 3 years who had different types of the diarrheal syndrome. The use of enterofuril in the starting therapy (in combination with an antibiotic) for the moderate and severe forms of invasive and mixed diarrhea was found to produce a prompter therapeutic effect than did that with the other drugs, especially in normalizing the local symptoms of the disease with minor enteric microbiocenotic disorders during convalescence. The authors show it advisable to include enterofuril into the starting etiotropic therapy for osmotic diarrhea within the first three days of treatment until the etiologic agent of acute enteric infection is established.

Key words: children, acute enteric infections, antibacterial therapy, enterofuril, furazolidone, amikacin.

До настоящего времени острые кишечные инфекции у детей остаются наиболее частой патологией, уступая только острым респираторным вирусным заболеваниям. У детей раннего возраста острые кишечные инфекции могут протекать тяжело с развитием токсического синдрома, обезвоживания, глубоких метаболических нарушений. После перенесенной кишечной инфекции возникают грубые изменения микробиоценоза кишечника, способствующие формированию неинфекционной гастроэнтерологической патологии, вторичного иммунодефицита [1].

Известно, что в этиологической структуре острых кишечных инфекций преобладают вирусные

диареи (40%), у 30% больных заболевание вызывается патогенной и условно-патогенной микрофлорой, примерно у такого же процента детей этиологию болезни уточнить не удастся. Необходимо отметить, что у детей первых лет жизни довольно часто регистрируются микстинфекции, обусловленные вирусно-бактериальной или бактериально-бактериальной этиологией, что, несомненно, утяжеляет течение заболевания [2].

В последние годы, несмотря на сохраняющийся комплексный характер терапии острых кишечных инфекций, значительно изменилась тактика лечения больных, приоритетным направлением которой является шадящее использование антибактериальных препаратов на фоне средств, влияющих на состояние микробиоценоза кишечника [3]. Для определения стартовой этиотропной терапии педиатру, прежде всего, необходимо уточнить тип диарейного синдрома: инвазивный, осмотический, секреторный или смешанный [2].

При осмотическом типе диареи, чаще всего вирусной этиологии, антибактериальная терапия не эффективна, а назначение антибиотиков даже вредно, так как усиливает дисбиотические нарушения, поэтому при этом типе диареи стартовой терапией

© Коллектив авторов, 2009

Ros Vestn Perinatol Pediat 2009; 3:59–65

Адрес для корреспонденции: Ловердо Роксана Георгиевна — к.м.н., врач высшей категории, заведующая детским инфекционным отделением Городской больницы № 1 им. Н.А. Семашко, Ростов-на-Дону
Новиков Валерий Александрович — заведующий детским реанимационным отделением, врач высшей категории;

Штокалов Кирилл Гениевич — врач I категории, детского реанимационного отделения;

Поплавская Виктория Владимировна — врач детского инфекционного отделения №2

344000 Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, д. 105.

Тел.: (863) 232-03-96, e-mail: loverdo@mail.ru

ЭНТЕРОФУРИЛ



BOSNALIJEK



Certified number 178522

Certified number 178522



Золотая Корона Качества, Лондон, 2002

№ 014624/02-2002 от 15.12.2002
П№ 014624/01 от 11.01.2005

Эрадикация *Helicobacter Pylori*

- Важнейшая составляющая терапии дисбактериоза кишечника
- Не имеет альтернатив в период установления причин диареи
- Безопасен для детей грудного возраста

энтерофурил (нифуроксазид): суспензия 90 мл, капсулы 100 мг, капсулы 200 мг

www.bosnalijek-rf.ru

Представительство в РФ:
117292, Москва, ул. Дм. Ульянова, 16, корп. 2, оф 320
Тел. (495) 771-76-32 ; Факс (495) 124-28-95

является назначение энтеросорбентов, пробиотиков и противовирусных препаратов. При остальных типах диареи, помимо перечисленного, необходимо применение антибактериальных средств [4, 5].

Для практического врача в настоящее время важно знать, какой из антибактериальных препаратов является наиболее безопасным и в то же время эффективным при назначении стартовой терапии у детей раннего возраста с острыми кишечными инфекциями. В настоящее время до 85% патогенных и условно-патогенных микробов сохраняют чувствительность к воздействию нитрофуранов, что делает препараты этого ряда востребованными. Механизм antimicrobial действия нитрофуранов обусловлен блокированием клеточного дыхания микроорганизмов вследствие ингибирования активности ряда дыхательных ферментов, что в свою очередь нарушает биосинтез ДНК и в меньшей степени РНК микробов [6].

Из существующих препаратов нитрофуранового ряда наиболее привлекательным для лечения острых кишечных инфекций у детей является нифуроксазид (энтерофурил, компания Босналек). Этот препарат обладает рядом преимуществ: оказывает антибактериальное действие исключительно в просвете кишечника, не вызывает побочного системного эффекта, стимулирует репаративные процессы в слизистой кишечника, не изменяя его микрофлору. Безопасность энтерофурила позволяет назначать его детям начиная с возраста 1 мес [7, 8].

Целью проведенного исследования служило определение эффективности использования энтерофурила в качестве стартовой антибактериальной терапии различных вариантов острых кишечных инфекций у детей раннего возраста.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом случайной выборки был проведен анализ клинических и лабораторных данных 130 больных, находившихся в детском инфекционном отделении № 2 городской больницы № 1 им. Н.А. Семашко Ростова-на-Дону. Возраст наблюдавшихся детей колебался от 1 мес до 3 лет: в возрасте до 6 мес было 30 (23%) детей, от 6 мес до 1 года — 40 (30,8%), от 1 года до 3 лет — 60 (46,2%).

Все пациенты поступили в стационар в первые 2—3 дня от начала заболевания со сходной клинической симптоматикой: острое начало болезни с ухудшения состояния, повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных значений, появления рвоты или срыгивания, болей в животе, частого жидкого стула. При первичной постановке диагноза по топике патологического процесса в желудочно-кишечном тракте были выявлены острый гастроэнтерит — у 50 (38,5%) детей, острый гастроэнтероколит

— у 70 (53,8%), энтероколит — у 10 (7,7%). Тип диарейного синдрома определяли при поступлении и в течение первого дня лечения: инвазивный тип диареи наблюдался у 20 (15,4%) пациентов, осмотический — у 30 (23,1%), смешанный инвазивно-секреторный или инвазивно-осмотический (обильный, водянистый, иногда пенистый стул с наличием патологических примесей) — у 80 (61,5%).

У госпитализированных больных чаще (76,9%) регистрировалась среднетяжелая форма заболевания, реже (15,4%) — тяжелая форма с синдромом токсикоза и эксикоза 1—2-й степени по изотоническому типу. У 7,7% больных наблюдалась легкая форма болезни, при которой антибактериальная терапия не назначалась.

Этиология острой кишечной инфекции была уточнена у 92,3% больных: шигеллез Флекснера (в 7,7% случаев), сальмонеллез (в 19,2%), эшерихиоз (в 26,9%), ротавирусная инфекция (в 15,4%). У 23,1% детей выявлялась микстинфекция (ротавирус и золотистый стафилококк или протей мирабилис в высокой концентрации).

Все больные получали стандартную комплексную терапию, включающую диету с пре-, пробиотиками, оральную или парентеральную дезинтоксикацию и регидратацию в зависимости от тяжести состояния, энтеросорбенты, пробиотики и симптоматические средства. В соответствии с типом диарейного синдрома и стартовой этиотропной терапии все пациенты были разделены на четыре группы. В 1-ю группу вошли 60 пациентов с острой секреторно-инвазивной или инвазивно-осмотической диареей средней тяжести, во 2-ю группу — 20 детей с инвазивной диареей средней тяжести, в 3-ю группу — 30 детей с осмотической диареей, в 4-ю группу — 20 детей с тяжелой формой острой кишечной инфекции, поступивших в первые сутки лечения в отделение реанимации. Каждая из групп была разделена на две подгруппы: основную и сравнения. Пациенты основной подгруппы всех 4 групп в качестве стартового антибактериального препарата получали энтерофурил в суспензии (АО Босналек, Босния и Герцеговина) в возрастной дозировке. В подгруппе сравнения (30 детей) 1-й группы использовали фуразолидон, в подгруппе сравнения (10 детей) 2-й группы — амикацин внутримышечно. В подгруппе сравнения (15 детей) 3-й группы стартовая терапия проводилась без антибактериальных препаратов. В подгруппе сравнения (10 детей) 4-й группы больные получали внутрь фуразолидон и амикацин внутримышечно.

Этиотропная терапия назначалась с первого дня пребывания в стационаре. Подробная клиническая характеристика детей представлена в табл. 1, данные которой демонстрируют сопоставимость сравниваемых групп. Клинический мониторинг проводился ежедневно. Эффективность антибактериальной тера-

Таблица 1. Клиническая характеристика больных

Характеристика	Всего детей, абс. (%)	1-я группа (n=60)		2-я группа (n=20)		3-я группа (n=30)		4-я группа (n=20)	
		А	Б	А	Б	А	Б	А	Б
Возраст:									
до 6 мес	30 (23)	5	5	3	2	4	4	4	3
до 1 года	40 (30,8)	7	8	3	2	5	4	5	6
1—3 года	60 (46,2)	18	17	4	6	6	7	1	1
Клиническая форма заболевания:									
гастроэнтерит	50 (38,5)	9	8	0	0	15	15	2	1
гастроэнтероколит	70 (53,8)	23	20	5	6	0	0	8	8
энтероколит	10 (7,7)	0	0	5	4	0	0	0	1
Тяжесть течения:									
легкое	10 (7,7)	0	0	0	0	5	5	0	0
среднетяжелое	100 (76,9)	30	30	10	10	10	10	0	0
тяжелое	20 (15,4)	0	0	0	0	0	0	10	10
Тип диареи:									
осмотическая	30 (23,1)	0	0	0	0	15	15	0	0
инвазивная	20 (15,4)	0	0	10	10	0	0	0	0
секреторно-инвазивная	80 (61,5)	30	30	0	0	0	0	10	10
Срок госпитализации:									
1 сут болезни	25 (19,2)	5	4	3	2	3	4	2	2
2 сут болезни	70 (53,9)	18	20	5	6	7	5	4	5
3 сут болезни	35 (26,9)	7	6	2	2	5	6	4	3

Примечание. А — основная подгруппа; Б — подгруппа сравнения.

пии оценивалась по динамике и срокам купирования основных клинических симптомов заболевания: интоксикации, лихорадки, анорексии, наличия рвоты или срыгивания, метеоризма и кишечной колики, частоты и характера стула. Полученные данные статистически обрабатывались с определением достоверности по критерию Стьюдента ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При наблюдении за детьми 1-й группы установлено, что более быстрая положительная динамика как общих, так и местных проявлений заболевания происходила при назначении энтерофурила (см. рисунок, а). Так, у 24 из 30 больных при назначении энтерофурила в среднем через $1,2 \pm 0,15$, $1,5 \pm 0,31$, $1,4 \pm 0,25$ дня наблюдалось исчезновение симптомов интоксикации, лихорадки, анорексии соответственно; в подгруппе сравнения — только у 20 из 30 детей в среднем через $3,0 \pm 0,32$, $3,3 \pm 0,41$, $3,1 \pm 0,15$ дня, что было достоверно медленнее ($p < 0,05$). Аналогичные данные были выявлены и в отношении динамики локальных проявлений острой кишечной инфекции. В частности, достоверная разница имела место в сро-

ках купирования рвоты и кишечной колики (метеоризма): $1,3 \pm 0,22$ и $1,6 \pm 0,3$ дня соответственно против $3,9 \pm 0,51$ и $3,6 \pm 0,18$ дня ($p < 0,05$). Нормализация частоты стула под влиянием энтерофурила произошла к 4—5-му дню у 28 больных, в группе сравнения — только у 20. Однако в среднем сроки уменьшения кратности стула в сравниваемых группах не различались ($4,3 \pm 0,33$ и $4,8 \pm 0,45$ дня). В то же время стойкая нормализация характера стула практически у всех пациентов, получавших энтерофурил, наступила к 5-му дню лечения ($5,2 \pm 0,22$ дня), что достоверно быстрее, чем в подгруппе сравнения ($6,6 \pm 0,71$ дня; $p < 0,05$). Положительная динамика симптомов в основной подгруппе 1-й группы позволила сократить сроки пребывания больных в стационаре до $7,0 \pm 0,3$ дня, что меньше, чем в подгруппе сравнения, — $9,4 \pm 0,6$ дня ($p < 0,05$).

Во 2-й группе (см. рисунок, б) было установлено, что исчезновение общих симптомов заболевания у всех пациентов происходило примерно в одни и те же сроки без достоверной разницы. В то же время нормализация локальных проявлений острой кишечной инфекции (сохранение метеоризма, кишечной колики, неустойчивого стула с патологическими при-

месями) наступала быстрее у больных основной подгруппы, получавших энтерофурил: соответственно $1,4 \pm 0,2$, $3,3 \pm 0,3$ и $4,5 \pm 0,4$ против $3,1 \pm 0,5$, $4,8 \pm 0,7$ и $6,7 \pm 0,5$ дня в подгруппе сравнения ($p < 0,05$).

Кроме того, при исследовании кала на дисбактериоз в периоде ранней реконвалесценции было выявлено, что у детей, получавших амикацин, имели место дисбиотические нарушения 2—3-й степени в виде достоверного снижения уровня бифидо- и лактобактерий (у всех больных) и роста условно-патогенной микрофлоры — флоры, одного вида или в ассоциации: эшерихий (у 5 из 10 детей), клебсиллы (у 2), протей (у 5), золотистого стафилококка (у 4), грибов рода Кандида (у 6). В основной подгруппе больных, принимавших энтерофурил, только у 3 пациентов был выявлен дисбактериоз 1-й степени (уменьшение уровня бифидобактерий и нормальной кишечной палочки: $\log < 10^6$ КОЕ/г).

Как известно, осмотический тип диареи чаще имеет место при вирусной этиологии острых кишечных инфекций, хотя не исключена вероятность его развития при инфекции, обусловленной условно-патогенной микрофлорой, в частности при эшерихиозах. При госпитализации в стационар детей первого года жизни с клиникой гастроэнтерита и проявлениями претоксикога практическому врачу сложно определиться с назначением стартовой антибактериальной терапии. С целью уточнения тактики ведения больных с осмотической диареей и принятия оптимального решения в выборе стартовой терапии был проведен сравнительный анализ данных лечения у 30 пациентов с осмотической диареей (3-я группа). Установлено (см. рисунок, в), что положительная динамика как общих, так и местных проявлений забо-

левания в первые 3 дня лечения наступала несколько быстрее у пациентов основной подгруппы (15 детей), которым был назначен внутрь энтерофурил на фоне базисной терапии, чем у больных подгруппы сравнения (15 детей), получавших только базисную терапию (достоверные различия отсутствовали).

Достоверные различия были обнаружены в сроках нормализации частоты и особенно характера стула. Несмотря на то что осмотический характер диареи купировался к 3—4-му дню лечения практически у всех больных, кратность стула у детей, принимавших энтерофурил, составила $1,2 \pm 0,2$ раза в сутки, тогда как в подгруппе сравнения — $3,5 \pm 0,1$ раза ($p < 0,05$). Длительность диарейного синдрома у большинства пациентов не превышала 4—5 дней. У 6 из 15 больных, не получавших антибактериальную терапию, отмечалось появление патологических примесей в стуле, что свидетельствовало об изменении характера каловых масс и задерживало сроки выписки больных из отделения. При бактериологическом исследовании кала этих детей была обнаружена условно-патогенная микрофлора (гемолитическая *E. coli*). Приведенные данные позволяют сделать вывод о целесообразности эмпирического назначения энтерофурила в первые 3 дня стартовой терапии до получения этиологической расшифровки острой кишечной инфекции с последующей отменой препарата при подтверждении вирусной природы заболевания. Сравнительные данные продолжительности основных клинических симптомов острых кишечных инфекций при различных типах диареи в зависимости от стартовой этиотропной терапии представлены в табл. 2.

У детей раннего возраста при тяжелом течении заболевания с явлениями энтерального токсич-

Таблица 2. Средняя продолжительность (в днях) клинических симптомов острых кишечных инфекций при различных типах диарей в зависимости от стартовой антибактериальной терапии

Клинический симптом	Лечение					
	смешанный тип диареи (n=30)	энтерофурил инвазивный тип диареи (n=10)	осмотический тип диареи (n=15)	фуразолидон смешанный тип диареи (n=30)	амикацин инвазивный тип диареи (n=10)	базисная терапия осмотический тип диареи (n=15)
Интоксикация (лихорадка)	$1,2 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,15$	$1,4 \pm 0,25$	$3,0 \pm 0,32^*$	$1,2 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,2$
Анорексия	$1,4 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,31$	$1,1 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,15^*$	$1,8 \pm 0,4$	$1,6 \pm 0,3$
Рвота, срыгивания	$1,3 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,22$	$1,2 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,51^*$	$1,7 \pm 0,5$	$1,1 \pm 0,2$
Метеоризм, кишечная колика	$1,6 \pm 0,3$	$1,4 \pm 0,22$	$1,8 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,18^*$	$3,1 \pm 0,5^*$	$2,2 \pm 0,1$
Частый стул	$4,3 \pm 0,3$	$4,5 \pm 0,4$	$3,3 \pm 0,5$	$4,8 \pm 0,45^*$	$4,8 \pm 0,7$	$4,5 \pm 0,1^*$
Нормализация характера стула	$5,2 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,7$	$6,6 \pm 0,7^*$	$6,7 \pm 0,5^*$	$5,8 \pm 0,2^*$
Койко-день	$7,0 \pm 0,3$	$8,3 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,5$	$9,4 \pm 0,6^*$	$9,5 \pm 0,4^*$	$7,3 \pm 0,2^*$

Примечание. * — $p < 0,05$ при сравнении исследуемых групп с группой энтерофурила.

эксикоза, глубокими метаболическими нарушениями, которые требуют интенсивной терапии в условиях детского реанимационного отделения, особенно важен правильный выбор стартовой антибактериальной терапии. В связи с чем был проведен сравнительный анализ лечения 20 больных с тяжелой формой острой кишечной инфекции (4-я группа). Как представлено на рисунке, *з*, сравнительный анализ первых 3—5 дней лечения выявил, что исчезновение симптомов токсичности, эксикоза, снижение температуры до субфебрильных цифр наблюдалось практически у всех детей в одни и те же сроки. Улучшение аппетита, купирование рвоты, метеоризма у подавляющего большинства пациентов основной подгруппы, получавших энтерофурил, происходили на 2—3-и сутки (через $2,2 \pm 0,51$, $2,5 \pm 0,33$, $3,2 \pm 0,15$ дня), что достоверно быстрее, чем в группе сравнения (через $3,8 \pm 0,81$, $4,1 \pm 0,54$, $4,4 \pm 0,6$ дня). Кроме того, нормализация частоты и характера стула у 8 из 10 этих детей наблюдалась уже к 5-му дню лечения, тогда как аналогичный эффект в эти же сроки был отмечен только у 4 из 10 больных подгруппы сравнения, получавших фуразолидон и амикацин внутримышечно. Полная нормализация стула у всех пациентов основной подгруппы наступила к 8—9-му дню пребывания в стационаре, что сказывалось и на длительности их пребывания в отделении.

Отсутствие положительной динамики локальных проявлений заболевания от проводимого лечения у больных подгруппы сравнения требовало его дальнейшей коррекции. Только после 2-го курса антибактериальной терапии у этих детей произошла нормализация частоты и характера стула, в среднем через $7,9 \pm 0,3$ и $9,5 \pm 0,6$ дня соответственно, что достоверно увеличивало сроки их госпитализации (см. рисунок, *з*).

В настоящее время доказано, что при острых кишечных инфекциях у детей всегда имеются различной степени выраженности нарушения микробиоценоза кишечника. Задача врача минимизировать негативные последствия проводимой антибактериальной терапии [9, 10].

С целью уточнения биоценозсберегающей эффективности энтерофурила был проведен сравнительный анализ результатов исследования кала на дисбактериоз в периоде ранней реконвалесценции у 80 пациентов, у большинства из которых были выявлены дисбиотические нарушения кишечника. Однако в подгруппе больных, принимавших энтерофурил, только у 14 из 40 детей имел место дисбактериоз 1-й степени за счет снижения уровня бифидо- и лактобактерий ($\log < 10^{5-6}$ КОЕ/г) и у 2 пациентов был установлен дисбиоз 2-й степени за счет увеличения уровня кишечной палочки с лактозонегативными свойствами ($\log > 10^{6-7}$ КОЕ/г). Тогда как в подгруппе сравнения у всех 40 больных регистрировались на-

рушения микробиоценоза в виде дисбактериоза 2-й степени за счет снижения уровня бифидо- и лактобактерий ($\log < 10^5$ КОЕ/г), наличия лактозонегативной кишечной палочки ($\log > 10^7$ КОЕ/г) или в виде дисбактериоза 3-й степени за счет увеличения условно-патогенной микрофлоры ($\log > 10^{7-8}$) в ассоциации — протей вульгарного, клебсиеллы пневмонии, гемолитической эшерихии, золотистого стафилококка, грибов рода Кандида. Это указывало на необходимость проведения повторной коррекции микробиоценоза пре- и пробиотиками в периоде реконвалесценции острой кишечной инфекции.

ВЫВОДЫ

1. Применение энтерофурила в стартовой антибактериальной терапии острых кишечных инфекций при среднетяжелом течении, инвазивных и смешанных типах диареи у подавляющего большинства больных приводит к достоверно более быстрой положительной динамике как общих, так и местных клинических симптомов по сравнению с лечением фуразолидоном.

2. При сравнительном анализе клинической эффективности антибактериальной терапии энтерофурилом и амикацином среднетяжелых форм инвазивных диарей (шигеллеза или сальмонеллеза) не обнаружено достоверных различий в сроках купирования интоксикационного синдрома. В то же время назначение энтерофурила позволяет получить хороший терапевтический эффект в отношении нормализации диареи с минимальными нарушениями микробиоценоза кишечника в периоде реконвалесценции.

3. Включение энтерофурила в стартовую терапию осмотических диарей в первые 3 дня лечения является целесообразным, в связи с возможной активацией условно-патогенной микрофлоры как этиологического фактора диареи. Обоснованность назначения энтерофурила подтверждается хорошим клиническим эффектом лечения.

4. При тяжелом течении острой кишечной инфекции с синдромом токсичности, эксикоза, требующим интенсивной терапии, необходимо назначать внутрь энтерофурил в сочетании с парентеральным введением антибиотика, так как это способствует достоверной нормализации локальных симптомов заболевания на 5-е сутки лечения у большинства больных, что исключает повторные курсы антибактериальных препаратов.

5. Использование энтерофурила в стартовой терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста позволяет значительно уменьшить риск развития дисбактериоза после перенесенного заболевания и необходимость последующей его коррекции пробиотиками в периоде реконвалесценции.

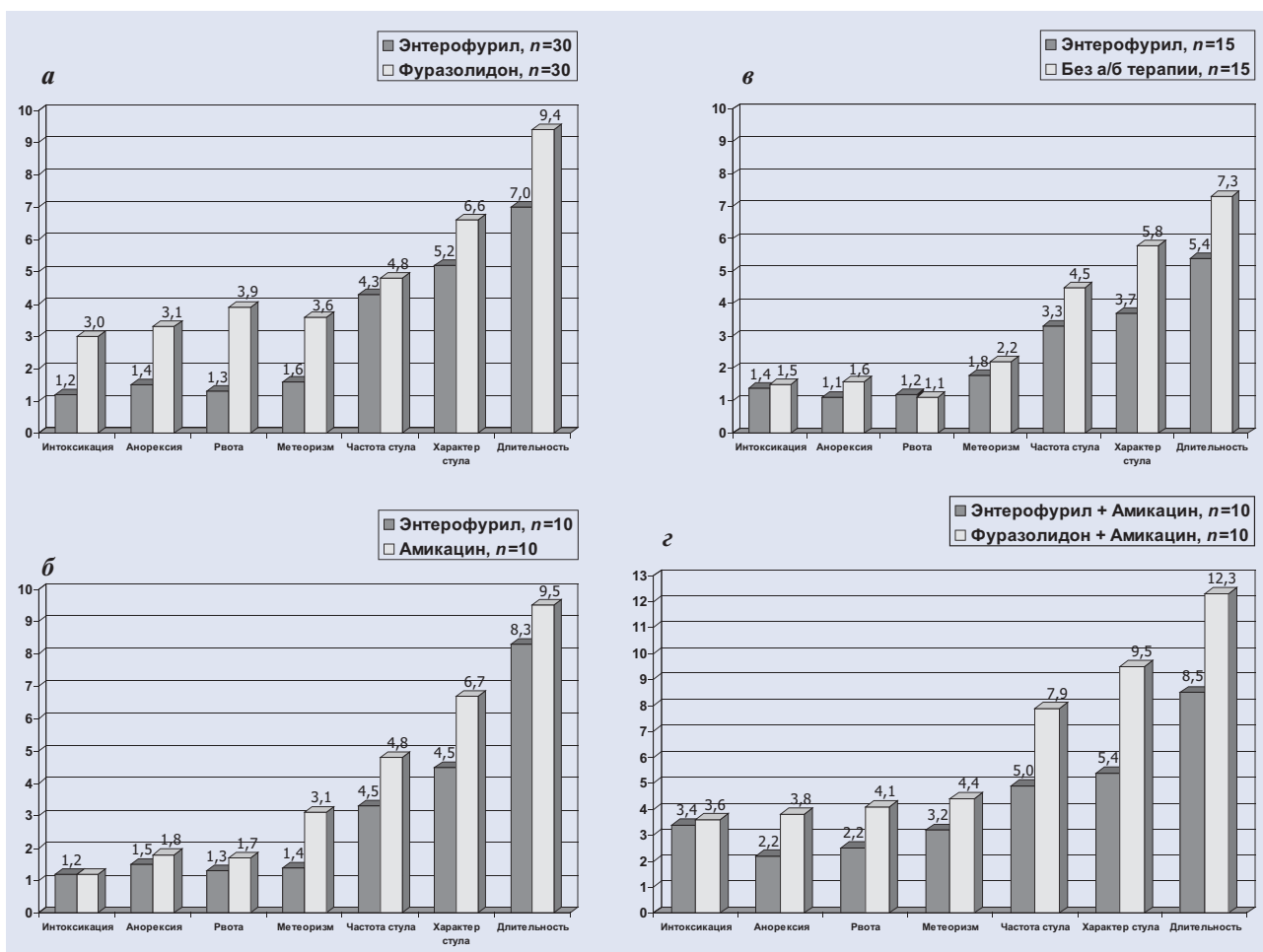


Рисунок. Средняя продолжительность (в днях) основных клинических симптомов при смешанном типах диареи. а — смешанный тип, среднетяжелая форма (1-я группа); б — инвазивный тип, среднетяжелая форма (2-я группа); в — осмотический тип (3-я группа); г — инвазивно-осмотический тип, тяжелая форма (4-я группа).

ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин В.Ф., Новокшионов А.А., Мазанкова Л.Н., Соколова Н.В. Острые кишечные инфекции у детей / Пособие для врачей. М., 2005. 36 с.
2. Острые кишечные инфекции у детей / Учебно-методическое пособие. Под ред. В.Ф. Учайкина. М., 2007. 113 с.
3. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекций у детей / Пособие для врачей. М., 2006. 109 с.
4. Горелов А.В., Малеев В.В., Милютин Л.Н. и др. Эмпирическая антибиотикотерапия ОКИ у детей // Антибиотики и химиотерапия. 2001. Т. 46. С. 19—24.
5. Усенко Д.В., Горелов А.В. Современные принципы антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у детей // Фарматека. 2007. № 5. С. 75—80.
6. Каджиева Э.Н., Усенко Д.В., Горелов А.В., Ардатская М.Д. Современные нитрофураны в лечении кишечных инфекций у детей // Фарматека. 2007. № 13. С. 79—83.
7. Новокшионов А.А., Тихонова О.Н., Соколова Н.В. и др. Сравнительная эффективность этиотропной терапии острых кишечных инфекций у детей 5-нитрофуранами // Детские инфекции. 2005. № 1. С. 49—52.
8. Горелов А.В., Усенко Д.В., Ардатская М.Д. Биоценозсберегающая эффективность нифуроксазида при острых кишечных инфекциях у детей // Вопр. совр. педиат. 2007. № 2. С. 110—114.
9. Римарчук Г.В., Щеплягина Л.А., Круглова И.В., Тюрина Т.И. Нарушение микрофлоры кишечника у детей / Лекция для врачей. М., 2008. 32 с.
10. Урсова Н.И. Тактика комплексной коррекции дисбактериоза кишечника у детей: оптимальное место энтерофурила // Фарматека. 2008. № 1. С. 33—37.

Поступила 08.04.09