

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Даминова М.Н.

Ахмедова Ш.У.

Шерматова З.А.

Даминова К.М.

Локтева Л.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

ANTIBIOTIC THERAPY IN ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN INFANTS

Daminova M.N,

Akhmedova S.U,

Shermatova Z.A,

Daminova K.M,

Lokteva L.M. Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

АННОТАЦИЯ

Целью нашей работы явилось изучение эффективности использования энтерофурила в терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста. Проведен анализ клинических и лабораторных данных 85 больных, в возрасте от 1 мес до 3 лет. Диагноз ОКИ верифицировался на основании клинического осмотра больных, бактериологического исследования кала, общего и биохимического анализов крови. Проведенные исследования показали, что при острых кишечных инфекциях у детей всегда имеются различной степени выраженности нарушения микробиоценоза кишечника. Применение энтерофурила в стартовой антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у подавляющего большинства детей приводит к достоверно более быстрой положительной динамике как общих, так и местных клинических симптомов. Использование применения энтерофурила в стартовой антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста позволяет значительно уменьшить риск развития нарушения микробиоценоза кишечника и необходимость последующей коррекции пробиотиками в периоде реконвалесценции.

ABSTRACT

The aim of our work was to study the performance of using Enterofuril in the treatment of acute intestinal infections in young children. The analysis of clinical and laboratory data of 85 patients, aged from 1 month to 3 years. All the diagnosis was verified on the basis of clinical examination of patients, bacteriological studies of feces, general and biochemical blood tests. Studies have shown that in acute intestinal infections in children, there are always varying degrees of severity of violations gut microbiota. Application Enterofuril in the starting antibiotic therapy of acute intestinal infection in the vast majority of children leads to a significantly more rapid positive dynamics of both general and local clinical symptoms. Using the application Enterofuril in starting antibiotic treatment of acute intestinal infections in young children can significantly reduce the risk of violation of gut microbiota and probiotics need for subsequent correction in the period of convalescence.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, острые кишечные инфекции, дети раннего возраста, энтерофурил, микробиоценоз кишечника, пробиотики.

Keywords: antibiotic therapy, acute intestinal infections, young children, Enterofuril, microbiocenosis intestinal probiotics.

В структуре общей заболеваемости детей раннего и младшего возраста одну из лидирующих стабильных позиций занимают острые кишечные инфекции (ОКИ)[1]. В последние годы, несмотря на сохраняющийся комплексный характер терапии острых кишечных инфекций, значительно изменилась тактика лечения больных, приоритетным направлением которой является щадящее использование антибактериальных препаратов на фоне средств, влияющих на состояние микробиоценоза кишечника [2]. 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 [3].

Энтерофурил (нифуоксазид) препарат нитрофуранового ряда, представляет собой противомикробное средство широкого спектра действия для лечения инфекций желудочно-кишечного тракта, 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. Он практически не нарушает облигатную микрофлору тонкой и толстой кишки. Безопасность энтерофурила позволяет назначать его детям начиная с возраста 1 месяца.

Актуальным направлением современной медицины является использование средств коррекции кишечной микробиоты (пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков) в лечении многих заболеваний и патологических состояний человеческого организма. Важно, что применение пребиотика в комплексной терапии указанных заболеваний позволяет в более ранние сроки добиться снижения выраженности клинических симптомов, снизить частоту их рецидивирования, существенно повысить показатели качества жизни пациентов [4].

Целью нашей работы явилось изучение эффективности использования энтерофурила в терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования Проведен анализ клинических и лабораторных данных 85 больных, находившихся

ся в городской детской инфекционной больнице №4, г.Ташкента, в возрасте от 1 мес до 3 лет. Все дети были разделены на три группы, 1 группа 40 детей получали энтерофурил, 2-я группа, группа сравнения, составили 30 детей аналогичного возраста и пола, которые получали фуразолидон и 3-я группа, 15 детей была без антибактериальных препаратов. В возрасте до 6 мес было 19 (22,3%), от 6 мес до 1 года – 26 (30,5%), от 1 года до 3 лет – 40(47,05%) детей. Энтерофурил назначался в возрастной дозировке в виде суспензии (по 2,5-5 мл 3 раза в день) или в виде капсул (по 200мл 3 раза в день) курсом 7 суток. Фуразолидон назначался в обычной возрастной дозировке.

Диагноз ОКИ верифицировался на основании клинического осмотра больных, бактериологического исследования кала, общего и биохимического анализов крови. Этиологический фактор был установлен бактериологически у 45% детей основной и у 42% детей группы сравнения. Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи, кала.

Начало заболевания у всех больных детей было острым, появлялись жалобы на снижение аппетита, вялость, общую слабость. В 47(55,29%) случаях отмечены жалобы на боли в животе, урчание по ходу кишечника. В большинстве случаев появлялся учащенный жидкий стул с примесями слизи, зелени, в 12 (14,12%) случаев – с прожилками свежей крови. У 16(18,82%) больных была установлена гипохромная анемия. Гипертермия отмечена у 31 (36,47%) больных, рвота – у 55 (64,71%).

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 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 32 (37,65%), острый гастроэнтероколит – у 44 (51,76%), энтероколит – у 9 (10,59%). У госпитализированных больных чаще 65(76,47%) регистрировалась среднетяжелая форма заболевания, реже 13(15,29%) – тяжелая форма с синдромом токсикоза и экзикоза 1-2-й степени. У 7 (8,23%) больных наблюдалась легкая форма болезни, при которой антибактериальная терапия не назначалась.

Все больные получали стандартную комплексную терапию, включающую диету с пребиотиками, пробиотиками, оральную или парентеральную дезинтоксикацию и регидратацию в зависимости от тяжести состояния и симптоматические средства.

При определении клинической эффективности оценивали основные параметры заболевания (рвота, диарея, лихорадка, явления интоксикации, обезвоживания, жажда). Хорошая эффективность регистрировалась при исчезновении симптомов болезни в течение 1-3 суток после начала терапии: удовлетворительная – при уменьшении выраженности основных симптомов болезни в течении 1-3 суток от начала терапии с последующим выздоровлением без назначения дополнительных препаратов. Неудовлетворительная эффективность отмечалась при нарастании тяжести болезни, что требовало назначения других препаратов.

Результаты работы обработаны методами параметрической статистики с помощью пакета программ Excel, адаптированных для медикобиологических исследований.

Результаты и их обсуждение. При применении энтерофурила у детей с ОКИ ни разу не было отмечено побочных эффектов в виде аллергических реакций, токсического действия, симптомов раздражения слизистой желудочно-кишечного тракта. При этом у детей 1-й группы более быстро, чем во 2-й группе сравнения, улучшалось общее состояние, наблюдалось исчезновение симптомов интоксикации, лихорадки, исчезала вялость, быстрее восстанавливался аппетит, тошнота, рвота, нормализовался стул. Достоверная разница имела место в сроках купирования рвоты и кишечной колики (метеоризма) ($1,4 \pm 0,23$ и $3,9 \pm 0,52$) ($p < 0,05$). Нормализация частоты стула под влиянием энтерофурила произошла к 4-5-му дню у 38(95%) больных, во 2-й группе сравнения у 20(66,7%) детей. Однако в среднем сроки уменьшения кратности стула в сравниваемых группах не различались ($4,3 \pm 0,32$ и $4,8 \pm 0,44$ дня). Положительная динамика симптомов в основной 1 группе позволила сократить сроки пребывания больных в стационаре до $7,0 \pm 0,3$ дня, что меньше, чем во 2-й группе, - $9,4 \pm 0,5$ дня ($p < 0,05$).

При исследовании кала на дисбактериоз было выявлено, что у детей, получавших энтерофурил, 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 (50%), клебсиеллы (20%), протей (50%), золотистого стафилококка (40%), грибов рода Кандида (60%).

Установлено, что положительная динамика как общих, так и местных проявлений заболевания в первые 3 дня лечения наступала несколько быстрее у пациентов основной 1 группы, которым был назначен внутрь энтерофурил на фоне базисной терапии, чем у больных, получавших только базисную терапию без антибактериальных препаратов. Достоверные различия были обнаружены в сроках нормализации частоты и особенно характера стула. Кратность стула у детей, принимавших энтерофурил, составила $1,2 \pm 0,3$ раза в сутки, тогда как в 3-й группе, $3,5 \pm 0,2$ раза ($p < 0,05$). Длительность диарейного синдрома у большинства пациентов не превышала 4-5 дней. У 6(40%) не получавших антибактериальную терапию, отмечалось появление патологических примесей в стуле, что свидетельствовало об изменении характера каловых масс и задерживало сроки выписки больных детей. Клиническая эффективность терапии энтерофурилом расценена как «хорошая» у 36 (90%) больных основной группы и у 19 (63,3%) группы сравнения, «удовлетворительная» - у детей не получавших антибактериальную терапию, 6(40%).

Выводы. 1. Проведенные исследования показали, что при острых кишечных инфекциях у детей всегда имеются различной степени выраженности нарушения микробиоценоза кишечника.

2. Применение энтерофурила в стартовой антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у подавляющего большинства детей приводит к достоверно более быстрой положительной динамике как общих, так и местных клинических симптомов.

3. Использование применения энтерофурила в стартовой антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста позволяет значительно уменьшить риск развития нарушения микробиоценоза кишечника и необходимость последующей его коррекции пробиотиками в периоде реконвалесценции.

Литература

1. Горелов А.В., Феклисова Л.В., Плоскирева А.А., Мескина Е.Р. Новые возможности в терапии острых кишечных инфекций у детей. *Инфекционные болезни*, 2012, т.10, №1, с.42-49.

2. 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, 109с.

3. Учайкин В.Ф., Новокшенов А.А., Мазанкова Л.Н., Соколова Н.В. Острые кишечные инфекции. *Пособие для врачей*, М., 2005, 36с.

4. Eckburg P. B., Bik E. M., Bernstein C. N. et al. Diversity of the human intestinal microbial flora // *Science*. 2005 Jun 10; 308 (5728): 1635–1638.

СНИЖЕННОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ СЪЁГРЕНА. ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Селифанова Е.И.

*Российский университет дружбы народов, Москва,
доцент кафедры, НИИ ревматологии РАМН, Москва*

Симонова М.В.

НИИ ревматологии РАМН, Москва

DECREASED SALIVATION WITH SJÖGREN'S SYNDROME. CAUSES AND CONSEQUENCES

Selifanova E.I. Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Associate Professor of the Department, the Research Institute of Rheumatology RAMN, Moscow

Simonova M.V. the Research Institute of Rheumatology RAMN, Moscow

АННОТАЦИЯ

Роль слюны: Слюна, как естественная жидкая биологическая среда, играет огромную роль в жизнедеятельности зубов и пародонта, поддержании гомеостаза полости рта.

ABSTRACT

The role of saliva: Saliva, as a natural biological fluid, plays a huge role in the vital activity of the teeth and parodontium, maintaining homeostasis of the oral cavity.

Ключевые слова: слюна, ксеростомия, сиалометрия

Keywords: Saliva, xerostomia, sialometry.

Нормальное функционирование слюнных желез, постоянный ток слюны способствуют интенсивному очищению полости рта, вымыванию из нее остатков пищи, продуктов распада, микрофлоры, обмену веществ в тканях зубов и слизистой оболочке. Снижение секреции слюны является неблагоприятным фактором, способствующим развитию кариеса. Кроме того, самоочищение полости рта ухудшается при увеличении вязкости слюны [1,2,3].

Защитная функция полости рта осуществляется за счет лизоцима, лактопероксидазы, секреторного иммуноглобулина и других биологически активных веществ, вырабатываемых слюнными железами, слюной жидкостью и др. Важным фактором, влияющим на самоочищение полости рта, на развитие патологии зубов, слизистой оболочки и пародонта [4].

Важность слюны для гомеостаза в полости рта наилучшим образом демонстрируется на больных, у которых слюны мало или полностью отсутствует, это синдром и болезнь Шёгрена.

Рассмотрим синдром Шегрена или вторичный синдром сопутствующий основному заболеванию: ревматоидному артриту, ревматизму, системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозиту, хроническому активному гепатиту, билиарному циррозу печени, аутоиммунному тиреоидиту. Для СШ не обязательно сочетание поражений

слюнных и слезных желез, но обязательно поражение слюнных и/или слезных желез с наличием одного из определенных аутоиммунных заболеваний.

Основным патоморфологическим признаком СШ, приводящим к ксеростомии, хроническому сиаладениту и увеличению слюнных желез (СЖ) является лимфоидная инфильтрация, разрушающая в первую очередь протоки, а затем ацинусы СЖ.

Под ксеростомией понимается совокупность симптомов (синдром) ощущения сухости в полости рта, обусловленная изменением или прекращением секреции СЖ [5,6].

Одним из основных методов обследования, доступных врачам – стоматологам для выявления сниженной секреторной функции является проведение сиалометрии. Необходимо отметить, что при СШ и особенно при БШ первыми прекращают функционировать подчелюстные слюнные железы.

Сиалометрия околоушных слюнных желез (ОУСЖ) капсулой Красногорского – Сасама Л. Капсула имеет преимущество перед катетером, затупленной инъекционной иглой-канюлей, так как имея широкий диаметр отводящей слюны трубки, которая не забивается воспалительными включениями. Получаем секрет, который возможно исследовать. Рис. (1)