

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДИАРЕЙ

**Якубова Раънохон Максимовна**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Андижканский Государственный медицинский институт**

Статья посвящена современным особенностям течения бактериальных кишечных инфекций у госпитализированных детей в возрасте 6–18 лет, проанализирована эффективность Бактистатина в терапии инвазивных кишечных инфекций.

**Ключевые слова:** антимикробные средства, острые кишечные инфекции, пребиотики, пробиотики

## **MODERN APPROACHES TO RATIONAL THERAPY OF BACTERIAL DIARRHEAS**

**Yakubova Ranohon Maximovna**

**Andijan State Medical Institute**

The article is devoted to modern characteristics of the clinical course of intestinal bacterial infections in inpatient children at the age of 6–18 years, the efficiency of bactistatin in the therapy of invasive intestinal infections was analysed.

**Keywords:** Anti-bacterial medications, Acute intestinal infections, Prebiotics, Probiotics, Sorbents

Актуальность проблемы острых кишечных инфекций (ОКИ) обусловлена высокой заболеваемостью детского населения, значительными экономическими потерями; отсутствием согласованных подходов к терапии; риском формирования хронических гастроэнтерологических заболеваний [1, 2].

Было проведено открытое сравнительное исследование эффективности и безопасности Бактистатина (биологически активная добавка), назначаемого с целью этиопатогенетического лечения бактериальных ОКИ у детей в возрасте от 7 до 18 лет. Целью настоящего исследования было изучить эффективность

Бактистатина в лечении детей, больных ОКИ бактериальной этиологии, и его влияние на микробиоценоз кишечника.

### **Материалы и методы исследования**

В исследование были включены 40 пациентов в возрасте от 7 до 18 лет со среднетяжелой формой ОКИ бактериальной этиологии. Дети были госпитализированы с 1-го по 3-й день болезни, большинство — в первые двое суток — 60% случаев (35 пациентов). Причинами необходимости в стационарном лечении для поступивших на 1–2 сутки служили фебрильная температура — 78% случаев (39 пациентов), многократная рвота — 32% случаев (16 пациентов) и появление крови в стуле — 18% случаев (9 пациентов). Госпитализированные на более поздних сроках дети имели основную жалобу на продолжительную диарею, сохранение лихорадки — 76% случаев (38 пациентов) и гемоколита — 10% случаев (5 пациентов). Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил  $9,7 \pm 0,7$  года. Различий по полу выявлено не было: мальчики и девочки составили 52% (26 пациентов) и 48% (24 пациента) соответственно.

Первая группа ( $n = 25$ ) получала Бактистатин по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7-ми дней в острый период заболевания на фоне базисной терапии.

Пациенты группы сравнения ( $n = 25$ ) получали на фоне базисной терапии препарат Хилак форте в возрастной дозе в течение 7 дней. Базисная терапия включала оральную регидратацию или инфузионную терапию, диетотерапию, по показаниям назначались антимикробные препараты [6, 7]. Энтеросорбенты не назначались.

Частота встречаемости клинических симптомов ОКИ (общее инфекционных и поражения желудочно-кишечного тракта) была одинаковой в группах больных, получавших Бактистатин, и в группе сравнения. Сравнимые группы были репрезентативными по полу, возрасту, срокам поступления и проводимой

базисной терапии, исходные показатели периферической крови также существенно не отличались.

Всем пациентам проводилось стандартное лабораторное обследование, включавшее клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимическое исследование крови, копроцитограмму.

### **Результаты и обсуждение**

Температурная реакция отмечена у 100% больных детей с инвазивными диареями, ее длительность достигала  $3,61 \pm 0,65$  дня. Максимальное повышение температуры составило  $39,2 \pm 0,19$  °С, причем гипертермия свыше 40 °С отмечалась у 24% больных. Длительность лихорадки свыше 38,5 °С в среднем отмечалась в течение  $1,41 \pm 0,14$  дня. У всех больных ведущим был интоксикационный синдром, сохранявшийся на фоне терапии в течение  $2,18 \pm 0,31$  дня, который характеризовался вялостью, слабостью, адинамией ( $1,88 \pm 0,21$  дня), отказом от еды ( $2,53 \pm 0,54$  дня). Повторные рвоты были отмечены у 34%, однако их длительность не превышала двух суток ( $1,65 \pm 0,31$  дня), по мере снижения интоксикации рвоты купировались.

Кроме интоксикационного синдрома тяжесть инвазивной диареи определялась глубиной поражения желудочно-кишечного тракта: колитный синдром имел место у 100% детей (50 пациентов), при этом гастроэнтероколит выявлялся в 38% случаев (19 пациентов), энтероколит — в 62% случаев, у 18% (9 пациентов) развивался гемоколит. Частота дефекации 10 и более раз в сутки отмечена у 56% детей (28 пациентов), дефекация менее 5 раз в сутки отмечалась у 12% пациентов (6 человек). Болевой абдоминальный синдром присутствовал у 80% больных (40 человек), причем боли были умеренной интенсивности и носили разлитой характер. У 44% (22 пациента) детей боли локализовались в левой подвздошной области. Вздутие, урчание и болезненность при пальпации живота отмечались у 76% (38 пациентов) детей. Картина периферического анализа крови характеризовалась умеренным лейкоцитозом, нейтрофилезом с

палочкоядерным сдвигом и увеличенной скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Копроцитологические изменения в острую фазу инвазивных диарей характеризовались проявлениями ферментативной недостаточности в 84% случаев (42 пациента), появлением слизи (100% случаев), значительного количества лейкоцитов (84%), эритроцитов (24%). У 12% детей (6 пациентов) при микроскопическом исследовании лейкоциты и эритроциты покрывали все поля зрения.

Антимикробная терапия назначалась в соответствии с принципами этиотропной терапии инвазивных ОКИ у детей. Стартовыми антимикробными препаратами являлись цефотаксим, нифуроксазид, препаратами резерва — цефтриаксон, амикацин, рифаксимин. По срокам назначения антимикробной терапии дети были разделены на две группы: получавшие терапию с 1–2 дня пребывания в стационаре и получавшие этиотропную терапию с 3–5 дня госпитализации.

Наиболее значимым эффектом применения Бактистатина при инвазивных ОКИ было сокращение частоты назначения антимикробной терапии в группе пациентов, лечившихся Бактистатином, до 48% против 76% в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Включение Бактистатина в комплексную терапию инвазивных ОКИ приводило к снижению частоты негладкого течения болезни (суперинфекция, обострение) и способствовало более редкому формированию реконвалесцентного бактериовыделения. Выявлено, что использование Бактистатина приводило не только к более раннему купированию основных симптомов заболевания, но и оказывало доказанный эффект, выражающийся в изменении микробиоценоза толстой кишки за счет увеличения доли облигатной и факультативной микрофлоры и уменьшения числа условно-патогенных бактерий.

Таким образом, рациональная терапия ОКИ: способствует сокращению сроков заболевания; предотвращает затяжное течение инфекции; препятствует

длительному выделению возбудителя; приводит к нормализации микробного пейзажа толстой кишки; снижает риск развития аллергических проявлений.

### **Литература**

1. Guarino A., Albano F., Ashkenazi S., Gendrel D., Hoekstra J. H., Shamir R., Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe // *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008. Vol. 46, Suppl. 2, 81–122.
2. Hatchette T. F., Farina D. Infectious diarrhea: when to test and when to treat // *CMAJ.* 2011; 183: 339–344.
3. Волков М. Ю., Воробейчиков Е. В., Добрынин В. М. и др. Перспективы применения пробиотиков при особо опасных инфекциях // *Клиническое питание.* 2006. № 1–2. С. 38–39.
4. Воробейчиков Е. В., Волков М. Ю., Сеница А. В., Василенко А. Ж. Пути повышения эффективности схем экстренной профилактики и лечения инфекционных заболеваний // *Антибиотики и химиотерапия.* 2006. Т. 51, № 3–4. С. 3–6.
5. Успенский Ю. П., Авалуева Е. Б., Орешко Л. С. и др. Коррекция нарушений кишечного микробиоценоза пробиотиком на основе природного адсорбента. Методические рекомендации. СПб, 2006. 16 с.
6. 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.