

Сабитов А.У., Константинова Ю.В., Чащина С.Е.

Оптимизация патогенетической терапии вирусных диарей у детей раннего возраста

МБУ «Детская городская больница № 15» г. Екатеринбург, ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Sabitov A.U., Konstantinova Y.V., Chaschina S.E.

Optimization of pathogenetic therapy of viral diarrhea in young children

Резюме

В статье представлены результаты наблюдения за 60 больными в возрасте с 6 месяцев до 1 года, находящихся на естественном и смешанном вскармливании, с клиникой острого вирусного гастроэнтерита и клиническими проявлениями лактазной недостаточности. Сравнивались результаты лечения в опытной группе (n=30), где дети получали Лактазар одновременно с этиотропной, дезинтоксикационной и регидратационной терапией с первых дней лечения, в группе сравнения (n=30) Лактазар не назначался. Показан клинический эффект Лактазара: средняя продолжительность водянистой диареи в исследуемой группе детей составила 4,8 дня, в контрольной группе - 6,4 (p<0,05)

Ключевые слова: вирусные диареи, дети, лактазная недостаточность, Лактазар

Summary

The article presents the results of observations in 60 patients aged from 6 months to 1 year (breastfeeding and mixed feeding) with acute viral gastroenteritis and clinical manifestations of lactase deficiency. In the experimental group (n = 30) all children received both Laktazar and etiotropic, detoxification and rehydration therapy from the first days of treatment; in the control group (n = 30) Laktazar was not prescribed. We compared the results of treatment and showed clinical benefit of Laktazar: the average duration of watery diarrhea in the experimental group was 4.8 days while in the control group it was 6.4 days (p <0.05).

Key words: viral diarrhea, children, lactase deficiency, Laktazar

Введение

По темпам роста показателя заболеваемости вирусные (ротавирусные) диареи у детей занимают лидирующие позиции. Так за последние 5 лет по Свердловской области число вирусных диарей выросло в 3,5 раза (45,3 на 100 тыс. в 2006г. и 148,4 на 100 тыс. в 2011г.). Одновременно увеличивается число тяжелых форм вирусных гастроэнтеритов. Их удельный вес по данным МБУ «Детская городская больница № 15» г. Екатеринбурга составил в 2010 г. - 43%, в 2011г.- 47,3%, 2012г.- 47,9%. При этом количество экстренных госпитализаций возросло с 85% в 2009г. до 98,7% в 2012г. 70% детей с поступления требуют проведения инфузионной терапии с целью регидратации и дезинтоксикации.

В отечественной литературе существуют разные точки зрения на применение противовирусных препаратов, кишечных антисептиков и антибактериальных препаратов, выбор ферментов, пробиотиков и энтеросорбентов у детей раннего возраста, в том числе, младенческого [3-4,9,10-13]. В указанном возрасте нерациональная, неадекватная и несвоевременная терапия ОКИ может явиться предпосылкой для формирования хронической патологии ЖКТ, вторичной лактазной недостаточности

[9]. Купирование лактазной недостаточности является важным звеном патогенетической терапии вирусных гастроэнтеритов [6]. Спектр препаратов, способных купировать проявления лактазной недостаточности, нуждается в расширении [7].

Цель исследования: клиничко – лабораторное обоснование применения Лактазара в комплексной терапии вирусных диарей у детей грудного возраста в остром периоде болезни.

Материалы и методы

Проводилось наблюдение за 60 детьми в возрасте от 6 месяцев до 1 года, находящимися на естественном и смешанном вскармливании, госпитализированных с клиникой острого вирусного гастроэнтерита, из них ротавирусная этиология была у 36,7 %, норовирусная – у 26,7 %, астровирусная – в 10 % и смешанная этиология вирусных диарей составила 26,7 % случаев. Диагноз верифицировался с помощью отрицательных результатов бактериологических анализов, положительных тестов ИФА, ПЦР на кишечные вирусы (Клиничко - диагностический центр г. Екатеринбург, главный врач - Я.Б.Бейкин). Методом случайной выборки больные разделены на две

Таблица 1. Продолжительность основных клинических симптомов вирусных диарей в сравниваемых группах (в днях, M± m)

Клинические симптомы	Основная группа (n 30)	Группа сравнения (n 30)
Водянистая диарея	4,8±0,3	6,4±0,5
Анорексия	1,4±0,3	2,4±0,3
Рвота и срыгивания	1,2±0,2	1,3±0,2
Метеоризм	1,6±0,3	1,9±0,3
Начало прибавки веса	0,13±0,3	0,04±0,3

группы: основную (30 человек) и группу сравнения (30 человек). С момента поступления в стационар детям обеих групп проводилась комплексная терапия, которая включала внутривенное введение растворов с целью дезинтоксикации и регидратации, сорбенты, симптоматические средства. Отличия заключались в том, что больные основной группы дополнительно получали Лактазар для детей, одна капсула которого содержит 700 ед. фермента лактазы. Препарат применялся согласно инструкции, в возрастных дозировках – 1 капсула перед кормлением грудным молоком разводилась в 5 мл кипяченой воды. Клиническое наблюдение осуществлялось на протяжении 10 дней, дополнительно велся дневник матери. Критериями эффективности служили: длительность основных проявлений болезни, характер течения заболевания и возможность сохранения грудного вскармливания в остром периоде вирусных кишечных инфекций, показатели копрограммы, рН кала.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0» с определением среднего значения, стандартного отклонения, стандартной ошибки.

Результаты и обсуждение

Клиника в сравниваемых группах была сопоставима: рвота и срыгивания отмечались в основной группе у 57% детей, в группе сравнения – у 62%, признаки энтерита соответственно у 53% и 72%, энтероколита – у 46% и 23%, лихорадка имела место в 56% в основной группе и в 39% случаев – в контрольной. Частота катарального синдрома регистрировалась в 46% и 39% соответственно, метеоризм – 39% и 29%; одинаково часто встречалось снижение аппетита – в 17% случаев в обеих группах. Тяжелая форма развивалась в основной группе среди 60% детей, в группе сравнения – у 76,6%.

Средняя степень тяжести вирусной диарей была оценена у 40% больных в основной группе и в 23,4% в сравниваемой группе, тяжелая – в 60% и 76,6% соответственно.

Ведущим синдромом тяжести был токсикоз, развившийся у 80% детей в основной группе и у 76% в сравниваемой группе, и экзикоз – в 28% и 48% соответственно.

Длительность основных проявлений острых вирусных диарей в основной и группе сравнения приведена в таблице 1.

Как видно из представленных данных, средняя продолжительность водянистого стула с патологическими примесями в исследуемой группе детей составила 4,8 дня, в сравниваемой – 6,4 ($p < 0,05$), отсутствие аппети-

та в исследуемой группе – 1,4 дня, в сравниваемой – 2,4 ($p < 0,05$). Дети основной группы, в отличие от группы сравнения, к 7 дню болезни начали набирать массу ($p < 0,05$). Продолжительность рвоты и срыгиваний была приблизительно одинаковой в обеих группах: у детей исследуемой группы – 1,2 дня, в группе сравнения – 1,3 ($p > 0,05$), метеоризм сохранялся соответственно 1,6 и 1,9 дня ($p > 0,05$).

Копрологическое обследование, проведенное в динамике через 7 дней, продемонстрировало нормализацию процессов переваривания и всасывания нутриентов у 90% больных (у 10% детей в контрольном анализе сохранялись следы жиров, крахмала). В группе сравнения у 70% (у 20% детей следы жиров и у 30% – следы крахмала). На фоне приема Лактазара произошло снижение рН фекалий с 6,3 до 5,6, что препятствует размножению гнилостной микрофлоры в толстом кишечнике.

Одновременно матери в дневниках наблюдения отметили быстрое исчезновение колик у детей (через 2,4 дня) и водянистого компонента в стуле (на 4 день), улучшение аппетита – через 1,6 дня, отсутствие побочных реакций при приеме Лактазара. В группе сравнения колики у детей сохранялись до 2,9 дней, водянистый характер стула – до 6 дней, аппетит восстанавливался через 2,5 дня.

Видно, что субъективная оценка состояния детей мамами совпала с клинической картиной и нашими лабораторными данными.

Таким образом, на фоне приема Лактазара к 10 дню лечения купирование основных клинических симптомов отмечено у 18 детей (60%), улучшение – у 9 детей, (30%) и состояние осталось без перемен у 3 детей (10%), что было связано с низкой приверженностью к терапии. Кроме того, у всех детей в контрольной группе (100%) была отмечена хорошая переносимость Лактазара. Отсутствие нежелательных побочных реакций отмечено в дневниках матерей, что совпало с данными клинического наблюдения в историях болезни.

В группе сравнения купирование основных клинических симптомов к 10 дню наблюдения отмечено у 12 детей (40%), улучшение – у 15 детей (50%), без перемен – у 3 детей (10%).

Выводы

1. Продолжается рост заболеваемости вирусными диареями. Более 60% острых кишечных инфекций у детей раннего возраста составляют вирусные диарей.
2. Применение Лактазара ведет к сокращению про-

должительности основных симптомов ферментативной недостаточности, сопровождающей вирусные гастроэнтериты, благодаря чему может быть использован в терапии инфекционных гастроэнтеритов у детей.

3. Лактазар обладает хорошей переносимостью и отсутствием нежелательных побочных реакций у всех наблюдавшихся детей. ■

Сабитов А.У. - д.м.н., профессор, заведующий

кафедры детских инфекционных болезней и клинической иммунологии ГБОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург; Константинова Ю.В. – зам. главного врача по лечебной части МБУ «ДГБ № 15» г. Екатеринбург; Чащина С.Е.- к.м.н., доцент кафедры детских инфекционных болезней и клинической иммунологии ГБОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Константинова Юлия Викторовна. E-mail: konstantinova.julia13@yandex.ru, тел. 89122431618

Литература:

1. А.Г. Букринская, Н.М. Грачева, В.И. Васильева Ротавирусная инфекция. Москва. Медицина. 1986. 223 С.
2. Бениова С.Н., Абдуллаева Е.С. Клинико-иммунологические особенности острых кишечных инфекций у новорожденных. Детские инфекции. 2012. №2 с. 15-18
3. Битиева Р.Л. Оценка новых подходов к динамике и терапии ротавирусной инфекции у детей. Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2007. — 23 с.
4. Горелов А.В. Терапия острых кишечных инфекций у детей в современных условиях. //Вопросы современной педиатрии. 2004. т. 3. №4, с.72-78
5. Калугина Т.В., Корженкова Ю.И., Сбитнева Н.И. Клиническая характеристика вирусных диарей у детей раннего возраста. Актуальные аспекты вирусных инфекций в современный период/ сб. статей. Е., 2008, с.223-227
6. Лобзин, Ю.В. Анализ врачебных предпочтений при выборе антимикробных препаратов для лечения острых кишечных инфекций / Ю.В. Лобзин, С.М. Захаренко // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 7. – С. 74–78.
7. Николаев, В.Г. Энтеросорбция: состояние вопроса и перспективы на будущее / В.Г. Николаев [и др.] // Вестник проблем биологии и медицины. – 2007. – № 4. – С. 71–78.
8. Новокшонов А.А., Мазанкова Л.Н., Соколова Н.В., Патогенетическое обоснование оптимальной терапии острых кишечных инфекций у детей.// Детские инфекции 2002, №1.с.32 – 37
9. Покровский, В.И. Тактика лечения больных с распространенными острыми кишечными инфекциями / В.И. Покровский, Н.Д. Ющук, Ф.А. Туманов // Тер. архив. – 1989. – №1. – С. 116–120.
10. Тихомирова О.В., и др. Место противовирусной терапии в лечении острых кишечных инфекций у детей. //Детские инфекции. 2008. №4 С.51-55.
11. Мазанкова Л.Н. и др. Современная патогенетическая терапия острых кишечных инфекций у детей. // Детские инфекции. 2012. № 2 с.43-48
12. Chang E.J et al. // Pediatric Infect. Dis. J. — 2002. — V.21 (2). — P. 97—102.
13. Dennehy P.H. // Pediatric Infect. Dis. J. — 2000. — V. 19 (Suppl. 10). — S. 103—105.