

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ СЕКРЕТОРНЫХ ДИАРЕЙ

Камолдинов М.М., Кадиров Т.Х., Кучкорова М.Ф., Валиева Н., Юльчибоев М.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Основным направлением патогенетического лечения инфекционных диарей, которые сопровождаются возникновением обезвоживания, является регидратационная терапия. Пероральная регидратационная терапия (ПРТ) как метод лечения инфекционных диарей была рекомендована ВОЗ в 1979 году. Согласно оценкам экспертов ВОЗ, использование ПРТ при лечении инфекционных диарей позволило снизить детскую смертность с 4,6 млн в 1980 году до 1,5 млн случаев в 2000 году.

Существенным недостатком многих растворов, рекомендованных ВОЗ, является то, что они, хотя и препятствуют дальнейшему нарастанию дегидратации, но не улучшают консистенцию стула и не оказывают существенного влияния на длительность диареи.

Ключевые слова: регидрон, секреторная диарея, регидратационная терапия, патогенетическая лечения.

СЕКРЕТОР ДИАРЕЯЛАРДА ОРАЛЬ РЕГИДРАТАЦИЯ ЎТКАЗИШГА ҚИЁСИЙ ЁНДАШУВ

Камолдинов М.М., Кадиров Т.Х., Қўқорова М.Ф., Валиева Н., Юльчибоев М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Сувсизланишнинг пайдо бўлиши билан бирга келадиган юқумли диареяни патогенетик даволашнинг асосий йўналиши - бу реабилитация давосидир. 1979 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан юқумли диареяни даволаш сифатида оғиз орқали қайта тиклаш терапияси (ПРТ) тавсия этилган. ЖССТ экспертларининг фикрига кўра, юқумли диареяни даволашда СРТ дан фойдаланиш болалар ўлими 1980 йилдаги 4,6 миллион кишидан 2000 йилда 1,5 миллионгача камайди.

ЖССТ томонидан тавсия этилган кўплаб ечимларнинг аҳамиясиз томони шундаки, улар сувсизланишнинг янада кўпайишига йўл қўймаса ҳам, улар ахлатнинг мустаҳкамлигини яхшиламайди ва диарея давомийлигига таъсир қилмайди.

Калит сўзлар: регидрон, секретор диарея, регидратация терапияси, патогенетик даволаш.

DIFFERENTIAL APPROACH OF ORAL REHYDRATION OF SECRETARY DIARRHEA

Kamoldinov M., Kadirov T., Qo'chqorova M., Valieva N., Yulchiboev M.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The main direction of the pathogenetic treatment of infectious diarrhea, which are accompanied by the occurrence of dehydration, is rehydration therapy. Oral rehydration therapy (PRT) as a treatment for infectious diarrhea was recommended by WHO in 1979. According to WHO experts, the use of CRT in the treatment of infectious diarrhea has reduced infant mortality from 4.6 million in 1980 to 1.5 million cases in 2000.

A significant drawback of many solutions recommended by WHO is that, although they prevent a further increase in dehydration, they do not improve the consistency of the stool and do not significantly affect the duration of diarrhea.

Key words: rehydron, secretory diarrhea, rehydration therapy, pathogenetic treatment.

Актуальность

Диарея-частое или однократное опорожнение кишечника с выделением жидких каловых масс. Любая диарея - это клиническое проявление нарушения всасывания воды и электролитов в кишечнике [1]. Диарея относится к одному из наиболее частых синдромов, встречающихся в практике терапевта, врача общей практики, педиатра, гастроэнтеролога и инфекциониста. Причины развития синдрома диареи многообразны. В патогенезе диареи участвуют четыре основных механизма: кишечная секреция, повышение осмотического давления в полости кишки, кишечная экссудация и нарушение транзита кишечного содержимого [1,6].

Секреторная диарея возникает независимо от диеты и не уменьшается при голодании. Осмолярная диарея развивается при нарушении кишечного пищеварения и всасывания, в результате накопления в

просвете кишки осмотически активных веществ, вызывающих активный приток натрия и воды. У пациентов с нарушенным всасыванием пищевых веществ преобладает полифекалия - обильный стул, содержащий большое количество остатков непереваренной пищи. Может развиваться при приеме некоторых слабительных (например, лактулоза), или вследствие нарушения переваривания некоторых продуктов питания (например, молока). Этот тип диареи прекращается после голодания [2,5]. Экссудативная диарея возникает вследствие поступления воды и электролитов в просвет кишки при эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки или при повышении гидростатического давления в лимфатических сосудах. При экссудативной диарее стул жидкий, часто с примесью крови и гноя. Этот тип диареи характерен для воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) и ряда кишечных инфекций (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз). Гипер- и

гипокинетическая диарея. Гиперкинетическая диарея развивается при ускорении пропульсивной моторики кишечника.

Повышение скорости транзита в первую очередь вызывают нейрогенные факторы, секретин, панкреозимин, гастрин, серотонин, простагландины, желчные кислоты. Этот тип диареи характерен для пациентов с синдромом раздраженного кишечника. При гиперкинетической диарее стул жидкий или кашицеобразный, частый, но суточное количество его не превышает 200-300 г. Снижение скорости кишечного транзита наблюдается при склеродермии и синдроме слепой кишки. Диарея при этом является результатом нарушения всасывания жиров и повышенной секреции слизи. Она часто сочетается с избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке [3,4].

Регидрон является одним из родоначальников специальных растворов для регидратационной терапии и широко используется в нашей стране в комплексной терапии ОКИ, начиная с 1986 года. В отличие от гиперосмолярных растворов ВОЗ первого поколения (ORS/Оралит, Глюкосолан, Цитроглюкосолан и др.), он обладает более низкой осмолярностью (282 мОсм/л) и уровнем концентрации глюкозы.

В исследованиях Л.Н. Мазанковой с соавт. также была изучена клиническая эффективность гипоосмолярного раствора в сравнении с изоосмолярным. Под наблюдением находилось 64 ребенка с легкими (17%), среднетяжелыми (60%) и тяжелыми (23%) формами ОКИ, из них у 46 пациентов установлена ротавирусная инфекция. Было выявлено статистически достоверное ($p < 0,05$ по t-критерию Стьюдента) сокращение длительности рвоты и диареи у детей основной группы, получающей гипоосмолярный раствор по сравнению с группой контроля, которая получала раствор с более высокой осмолярностью. Обращало на себя внимание, что в основной группе почти на 1,5 суток быстрее сокращалась кратность и продолжительность диарейного синдрома ($3,7 \pm 1,5$ до $2,4 \pm 0,2$ суток). Одновременно с уменьшением объема стула к концу 1-х суток в 75% случаев купировались симптомы эксикоза, на 2-е сутки явления эксикоза сохранялись лишь у 2% больных. В группе сравнения симптомы эксикоза купированы у 68% больных.

С целью улучшения лечебных свойств регидратационных растворов рядом ученых было показано, что введение в состав раствора рисового отвара позволяет повысить клиническую эффективность снижая при этом его регидратирующие свойства. Рисовый крахмал хорошо усваивается грудными детьми.

Всасывание глюкозы, которая из него образуется, происходит более полно, чем из растворов, содержащих только глюкозу [24].

Механизмы диареи тесно связаны между собой, но для каждого заболевания характерен преобладающий тип. Этим объясняются особенности клинических проявлений различных типов диареи.

Секреторная - характеризуется безболезненной обильной водной диареей (обычно более 1 л). Гиперсекрецию воды и электролитов вызывают бактериальные токсины, энтеропатогенные вирусы, желчные кислоты, простагландины и ряд других биологически активных веществ (вазоактивный интестинальный пептид - ВИП, гастрин, кальцитонин). Секреторная диарея возникает независимо от диеты и не уменьшается при голодании.

Осмолярная - развивается при нарушении кишечного пищеварения и всасывания, в результате накопления в просвете кишки осмотически активных веществ, вызывающих активный приток натрия и воды. У пациентов с нарушенным всасыванием пищевых веществ преобладает полифекалия - обильный стул, содержащий большое количество остатков непереваренной пищи. Может развиваться при приеме некоторых слабительных (например, лактулоза) или вследствие нарушения переваривания некоторых продуктов питания (например, молока). Этот тип диареи прекращается после голодания.

Экссудативная - возникает вследствие поступления воды и электролитов в просвет кишки при эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки или при повышении гидростатического давления в лимфатических сосудах. При экссудативной диарее стул жидкий, часто с примесью крови и гноя. Этот тип характерен для воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) и ряда кишечных инфекций (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз).

Гиперкинетическая - развивается при ускорении пропульсивной моторики кишечника. Повышение скорости транзита в первую очередь вызывают нейрогенные факторы, секретин, панкреозимин, гастрин, серотонин, простагландины, желчные кислоты. Этот тип диареи характерен для пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК). При гиперкинетической диарее стул жидкий или кашицеобразный, частый, но суточное количество его не превышает 200-300 г.

Гипокинетическая диарея наблюдается при склеродермии и синдроме слепой кишки и является результатом нарушения всасывания жиров и повышенной секреции слизи; часто сочетается с избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке.

Цель исследования: сформулировать общие подходы к оценке механизмов развития секреторных диарей и к принципам оптимального выбора оральных регидратационных средств.

Материал и методы

Клинические особенности секреторных диарей изучались на основании анализа медицинских карт стационарных больных (ф. 003/у), находившихся на лечении в Андижанской областной инфекционной больнице.

Результат и обсуждения

При поступлении больных в стационар проводилось комплексное обследование, включавшее объективный осмотр, клинико-биохимическое исследование крови и мочи. Для исключения бактериальной природы кишечной инфекции проводилось комплексное бактериологическое исследование фекалий с посевом на соответствующие питательные среды, посев кала на дисбактериоз и условно-патогенную флору. Забор проб при исследовании на ротавирусы, норо-, адено- и астровирусы проводился не позднее 48 часов после госпитализации.

В клинической картине секреторных диарей преобладали среднетяжелые (60,0 %) и тяжелые (33,7 %) формы, протекавшие с синдромом гастроэнтерита

(86,0 %), энтерита (9,8 %) или гастроэнтероколита (4,2 %). Низкий удельный вес в общей структуре заболеваний (6,3 %) связан с тем, что больные с легкими формами ОКИ обычно не госпитализируются и получают лечение амбулаторно. На стационарном лечении с легкими формами ОКИ находились дети из закрытых коллективов и семейных очагов.

В большинстве случаев имело место острое начало заболевания с лихорадкой (100 %), симптомами интоксикации в виде слабости, бледности кожных покровов, отказа от еды, нарушения сна и абдоминальным синдромом разной интенсивности. Боль обычно локализовалась в эпигастриальной или околопупочной области и у 2,9 % больных требовала консультации хирурга для исключения острой хирургической патологии.

Рвота обычно присоединялась через 4-6 часов от начала заболевания. У детей первых лет жизни она была многократной, у детей старше 3 лет - обычно одно- или двукратной. У детей первых лет жизни диарейный синдром начинался одновременно с рвотой и продолжался от 5 до 8 дней, у детей старше 3 лет диарея развивалась обычно на 2-е - 3-и сутки заболевания и ее продолжительность составляла 5-7 дней. Отмечался водянистый стул от 8 до 20 раз в сутки. При среднетяжелом и тяжелом течении заболевания диарейный синдром приводил к развитию симптомов обезвоживания различной степени (52,1 %) и ацетонемического синдрома (65 %).

Дети были распределены на 2 группы. Основную группу составили 35 детей, которые при госпитализации получали базисную терапию согласно Протоколу, включавшую низколактозную диету, кишечный антисептик нифуроксазид в возрастной среднетерапевтической дозировке, ферменты и пробиотики. С целью оральной регидратации пациенты основной группы получали препарат гипоосмолярной оральной регидратационной смеси в течение 4-6 суток до ликвидации симптомов эксикоза и интоксикации.

Контрольную группу составили 30 детей, у которых наряду с базисной терапией для оральной регидратации использовались регидрон, подслащенный чай, дегазированная минеральная вода.

Анализ клинической эффективности применения гипоосмолярной оральной регидратационной смеси представлен в табл. 1. При использовании препарата у пациентов основной группы уже на 1-е - 3-и сутки терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения дисфункции кишечника, регресса проявлений ацетонемического и интоксикационного синдромов, что позволило у 80 % (n = 28) пациентов основной группы избежать назначения инфузионной терапии и сократить сроки пребывания в стационаре.

Следует отметить, что гипоосмолярная оральная регидратационная смесь хорошо переносится больными, выпускается в удобной упаковке, позволяющей легко дозировать ее применение. Побочных эффектов при назначении препарата не наблюдалось.

Вывод

Этиологической причиной секреторных диарей у детей в 80,7 % случаев является ротавирусная инфекция. Использование гипоосмолярной оральной регидратационной смеси с целью оральной регидратации при секреторных диареях приводило к быстрой ликвидации симптомов обезвоживания, сокращению сроков пребывания больного в стационаре и снижало необходимость назначения инфузионной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Мухина Ю. Г., Ипатова М. Г., Шумилов П. В., Шеянов Г. Г. Острые и персистирующие диареи у детей. Фарматека. 2013; 10: 25-29.
2. Захарова И. Н., Андрюхина Е. Н., Дмитриева Ю. А. Инфекционные и неинфекционные диареи у детей: тактика врача-педиатра. Consilium medicum. Педиатрия. 2012; 4: 40-44.
3. Шрайнер Е. В. Лечение острой диареи: от теории к практике. Русский медицинский журнал. 2013; 17: 912-6.
4. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Острый живот в практике врача-терапевта. Справочник поликлинического врача. 2014; 2: 51-5.
5. Шульпекова Ю. О. Антибиотикоассоциированная диарея. Врач. 2009; 3:30-34.
6. Лузина Е. В., Ларева Н. В. Ассоциированная с антибиотиками диарея в клинической практике. Терапевтический архив. 2013; 2: 85-88.

Поступила 09.09. 2019