

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

На нашу думку, можна вважати, що високий рівень про- та протизапальних інтерлейкінів у дітей відображає адекватну імунну відповідь хворого на сальмонельозний інфекційний антиген, що супроводжується клінічно гострим гладким перебігом недуги. Низькі рівні IL-4 та IL-6 або низький вміст IL-4 при високій концентрації IL-6 свідчать про низьку імунну реактивність, що призводить до затяжного хвилеподібного перебігу сальмонельозу.

Таким чином, дослідження рівня інтерлейкінів периферичної крові хворих на сальмонельоз із визначенням типу інтерлейкінового реагування дозволяє на ранніх стадіях хвороби прогнозувати перебіг сальмонельозу у дітей.

Висновки

1. Сальмонельозна інфекція у дітей раннього віку супроводжується різноспрямованими змінами рівнів про- та протизапальних інтерлейкінів периферичної крові.

2. Підвищення рівнів про- та протизапальних інтерлейкінів на ранньому етапі патологічного процесу зумовлює гострий гладкий перебіг сальмонельозу.

3. Низькі рівні про- та протизапальних інтерлейкінів або їх дисоціація дозволяють передбачати затяжний хвилеподібний перебіг сальмонельозу.

Література

1. Бобровицька А.І., Герасименко О.І. Сальмонельозна інфекція у дітей. – Донецьк, 2000. – 210 с.

2. Григорович М.С., Золотарев Ю.В., Зайцева Г.А. Антигенная структура HLA-комплекса гистосовместимости при ротавирусной инфекции и сальмонеллезе у детей // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 2. – С. 22-24.

3. Савчук А.І. Стан гуморального і клітинного імунітету у дітей з токсичною формою дифтерії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 1. – С. 32-34.

4. Дьяченко А.Г., Дьяченко П.Г. Иммунология и иммунопатология острых кишечных инфекций, вызванных патогенными энтеробактериями // Вісник СумДУ. – 2001. – № 1. – С. 10-17.

5. Дроздов В.Н. Диагностическое значение уровня ИЛ-6 в послеоперационном периоде // Клин. лаб. диагностика. – 1999. – № 12. – С. 31-33.

6. Ohzato H. et al. Interleukin-6 as a new indicator of inflammatory status: detection of serum levels of interleukin-6 and C-reactive protein after surgery // Surgery. – 1992. – V. 111. – P. 201-210.

7. Абатуров О.Є., Височина І.Л. Вміст протизапальних інтерлейкінів (IL-1 β та IL-6) у сироватці крові дітей з повторними та тривалими гострими респіраторними захворюваннями // Укр. мед. часопис. – 2002. – №5 (31). – С. 122-124.

THE PREICTI κ N R κ LE κ F INTERLEUKINS IN Y κ UNG CHILKREN WITH SALM κ NELL κ SIS INFECTI κ N

O.S. Basok, O.M. Olkhovska

SUMMARY. The results of investigation of interleukins 1 β , 2, 4, 6, 8 quantitative content in blood of children with salmonellosis are shown. The different types of interleukin reaction are revealed. The prediction significance of proinflammatory and anti-inflammatory interleukins is established.

© Мазур Н.В., 2005
УДК 616.153.916-06:616.379-008.64]-08

Н.В. Мазур

ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ НЕВОДНЕННЯ ПРИ СЕКРЕТОРНИХ ДІАРЕЯХ У ДІТЕЙ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

У 64 дітей віком від 4 міс. до 3 років із секреторними діареями середнього ступеня тяжкості зіставлено ефективність різних методів оральної регідратації на основі динаміки клінічних і лабораторних показників. Встановлено, що при застосуванні регідратаційного розчину третього покоління ORS

200 відбувається достатня корекція клінічних і лабораторних ознак основних патологічних синдромів гострих кишкових інфекцій (ГКІ).

У структурі інфекційної патології дітей ГКІ займають друге місце, поступаючись лише ГРВІ та грипу, а

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

що стосується причин дитячої смертності від інфекційних чинників, то їх частка складає близько 30 % [1, 2]. У клінічній картині ГКІ домінують ознаки інтоксикаційного, диспепсичного та дегідратаційного синдромів. Саме розвиток ексикозу зі значним порушенням водно-електролітного гомеостазу організму є найбільш небезпечним проявом ГКІ і в разі неадекватності корекції може призвести до летальних вислідів [1]. Тому регідратаційна терапія є першочерговою і найбільш важливою ланкою у лікуванні ГКІ. Своєчасний правильний вибір методів регідратаційної терапії є головною умовою успішного лікування [3].

Вибір методів регідратації залежить від ступеня ексикозу. При I та II ступенях ексикозу перевага надається оральній регідратації. До недавнього часу для оральної корекції водно-електролітного балансу організму використовували регідратаційні розчини 1-го та 2-го покоління (ВООЗ – «Ораліт» та «Регідрон» відповідно) [4]. Обидва покоління розчинів, хоч і ефективні для проведення регідратації, проте не сприяють зниженню об'єму і частоти випорожнень [1]. В останні роки для оральної регідратації рекомендовані розчини 3-го покоління, в яких глюкоза-моногідрат замінена на її коротколанцюгові полімери, представником яких є моркв'яно-рисовий відвар ORS 200.

З метою порівняння ефективності оральної регідратаційної терапії була вивчена динаміка певних клінічних і лабораторних проявів захворювання при використанні різних методів відновлення водно-електролітного балансу.

Матеріали і методи

Обстежено 64 дитини із секреторними діареями середнього ступеня тяжкості віком від 4 міс. до 3 років. Гострі кишкові інфекції були спричинені ротавірусами у 23 (35,9 %), умовно-

патогенною флорою у 20 (31,2 %) та неідентифікованими збудниками у 21 (32,9 %) дитини. Етіологічна структура ГКІ була визначена шляхом бактеріологічного обстеження фекалій. Ознаки ексикозу в усіх обстежених відповідали I та II ступеням, прояви інтоксикаційного та диспепсичного синдромів – середньому ступеню тяжкості захворювання. Усі хворі отримували етіотропне лікування і в якості патогенетичної терапії проводилась оральна регідратація глюкозо-солевими розчинами різних типів. За видом призначеного регідратаційного розчину хворі були розподілені на 2 групи: першу (основну) склали 29 (45,3 %) дітей, з них віком від 4 міс. до 1 року – 16 (25,0 %), від 1 до 3 років – 13 (20,3 %) лікованих, які як основний засіб патогенетичної терапії отримували ORS 200, другу (контрольну) – 35 (54,7 %) обстежених, з них від 4 міс. до 1 року – 14 (21,8 %), від 1 до 3 років – 21 (32,9 %) дітей, яким оральна регідратація проводилась традиційним розчином «Регідрон».

Розчини призначали в загальноприйнятому дозуванні 50-100 мл/кг маси на добу залежно від ступеня ексикозу та віку дитини. У міру відновлення водно-електролітного балансу та припинення діарейного синдрому кількість введених розчинів відповідно зменшувалась. Курс лікування складав від 3 до 5 днів, залежно від терміну ліквідації ознак дегідратаційного, інтоксикаційного та діарейного синдромів. Оцінка терапевтичної ефективності розчину ORS 200 проводилась з урахуванням динаміки таких клінічних симптомів: нудота, кратність блювання та випорожнень, загальна слабкість, фебрильна гарячка, маса тіла, еластичність і тургор тканин. Лабораторним критерієм відновлення водно-електролітного балансу стало визначення змін гематокриту перед призначенням регідратаційної терапії та після її закінчення.

Результати досліджень та їх обговорення

При аналізі динаміки клінічних показників було встановлено, що до початку лікування ознаки гастроентериту, симптоми ексикозу та інтоксикації спостерігались з різною частотою (табл. 1).

Таблиця 1

Клінічні показники до і після лікування

| Показник | Основна група, n=29 | | | | Контрольна група, n=35 | | | |
|-----------------------------------|---------------------|------|-----------------|------|------------------------|------|-----------------|------|
| | до лікування | | після лікування | | до лікування | | після лікування | |
| | абс. число | % | абс. число | % | абс. число | % | абс. число | % |
| Нудота | 10 | 34,5 | - | - | 15 | 42,8 | 4 | 11,4 |
| Блювання | 12 | 41,4 | 2 | 6,9 | 17 | 48,6 | 10 | 28,6 |
| Випорожнення з кратністю більше 5 | 26 | 89,6 | 7 | 24,1 | 33 | 94,3 | 25 | 71,4 |
| Дефіцит маси тіла | 16 | 55,2 | 9 | 31,0 | 18 | 51,4 | 21 | 60,0 |
| Зниження еластичності шкіри | 14 | 48,3 | 1 | 3,4 | 19 | 54,3 | 10 | 28,6 |
| Зниження тургору тканин | 6 | 20,7 | - | - | 10 | 28,6 | 6 | 17,1 |
| Загальна слабкість | 16 | 55,2 | 5 | 17,2 | 30 | 85,7 | 10 | 28,6 |
| Фебрильна гарячка | 22 | 75,7 | 4 | 13,8 | 28 | 80,0 | 3 | 8,6 |

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дані таблиці свідчать про те, що в обох групах провідним симптомом була діарея (кратність випорожнень більше 5) – у 89,6 і 94,3 % обстежених відповідно. У результаті регідратаційної терапії при застосуванні розчину ORS 200 відсоток збереження ознак діарейного синдрому був меншим (24,1 %), ніж в контрольній групі при застосуванні «Регідрону» (71,4 %). Відсоток хворих, у яких нормалізувалась маса тіла при застосуванні розчину на полімерній основі, був 69,0 %, а при використанні глюкозо-сольового розчину другого покоління – 40,0 %. Що стосується ознак ексікозу, то еластичність шкіри відновились в основній групі у 96,6 % обстежених, тургор тканин – у всіх хворих, а в контрольній групі – у 71,4 та 82,9 % відповідно. Ознаки інтоксикаційного синдрому також швидше вгамувались при застосуванні розчину ORS 200.

Отже, позитивна динаміка клінічних ознак захворювання при проведенні регідратаційної терапії з використанням розчину ORS 200 відбувається швидше, ніж при застосуванні регідрону.

Лабораторним критерієм ефективності проведеної регідратації було визначення гематокриту до і після патогенетичного лікування. Виявлено, що відсоток хворих, у яких нормалізувався гематокрит після лікування, вищий в основній групі (43,8 %) порівняно з контрольною (34,8 %), що, ймовірно, також впливає на таку ж залежність клінічних проявів.

Висновки

1. Застосування регідратаційного розчину ORS 200 (HIPP) з метою патогенетичного лікування секреторних діарей забезпечує адекватну корекцію водно-електролітного балансу організму, що проявляється нормалізацією загального стану та самопочуття хворих, ліквідацією ознак інтоксикаційного, дегідратаційного та діарейного синдромів. Порівняння з хворими контрольної групи, які отримували регідрон, показало, що ORS 200 є ефективним засобом для ліквідації патологічних проявів, а саме симптомів ексікозу та гастроентериту.

2. Використання розчину ORS 200 сприяє нормалізації лабораторних ознак дегідратаційного синдрому, а саме корекції гематокриту, що свідчить про оптимальне всмоктування розчину з порожнини кишечника.

3. При застосуванні препарату ORS 200 не спостерігалось побічних ефектів, а відсоток блювання був меншим, ніж при використанні регідрону, що є суттєвою перевагою розчину 3-го покоління при проведенні оральної регідратації у дітей.

Література

1. Сучасна клініка та лікування гострих кишкових інфекцій у дітей: Методичні рекомендації / Крамарев С.О., Литвиненко Н.Г., Янковський Д.С. та ін. – Київ, 2001. – 20 с.
2. Лікування гострих кишкових інфекцій у дітей: Методичні рекомендації / Крамарев С.О., Мощич О.П., Чернишова Л.І. та ін. – Київ, 2000. – 24 с.
3. Ольховська О.М., Кузнецов С.В. Оральна регідратація та методики оцінки її ефективності при гастроентероколітах у дітей // Інфекційні хвороби. – 2002. – № 3. – С. 41-43.
4. Бродов Л.Е., Чекалина К.И., Голохвастова Е.Л. и др. Оценка эффективности оральных регидратационных растворов первого и второго поколения в лечении больных с острыми кишечными инфекциями // Терапевт. архив. – 1991. – Т. 63, № 11. – С. 14-17.

APPROACHES TO THE CORRECTION OF SECRETORY DIARRHEAS IN CHILDREN

N.V. Mazur

SUMMARY. The efficacy of various methods of oral rehydration has been compared in 64 children (aged from 4 months to 3 years) with secretory diarrheas of medium severity, basing on the dynamics of clinical and laboratory parameters. It has been established, that at application of rehydration solution of the third generation ORS 200 occurs the sufficient correction of clinical and laboratory signs of the main pathologic syndromes of acute intestinal infections.