

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ражена болючість у правому підребер'ї, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, сумнівний симптом Пастернацького з обох боків. Після призначення трамалу, ібупрофену, баралгіну температура знизилась до 36,4 °С, значно зменшилась інтенсивність болю, покращилось самопочуття. В наступні дні спостерігався субфебрилітет, помірний біль у животі, переважно в правому підребер'ї, який остаточно зник через 4 дні. Через 10 днів спостерігалось чергове загострення хвороби з аналогічною симптоматикою. З численних препаратів найбільш позитивний ефект одержано при застосуванні ібупрофену, який скорочував тривалість гарячки, прискорював зникнення болю. Після 3-тижневого курсу лікування загострень хвороби не було майже 6 міс. Однак, у кінці 2000 р. напади хвороби повторились, у тому числі під час перебування хворого в стаціонарі. Останній раз хворий спостерігався у квітні 2001 р. (потім він змінив місце проживання).

Наведений випадок ПХ, на наш погляд, цікавий зміною торакального синдрому на абдомінальний після 3-4 років від початку захворювання, доброякісним перебігом, без ознак розвитку амілоїдозу. Слід зазначити, що «обростання» діагнозу ПХ у пацієнта супутніми діагнозами хронічного пієлонефриту з латентним перебігом, хронічного холециститу, хронічного гепатиту, хронічного панкреатиту, попереково-крижового радикуліту, прояви яких збігалися з черговим нападом хвороби і зникали після його закінчення, свідчать про гіпердіагностику зазначеної патології. Як вважає О.М. Виноградова [1], ці явища зумовлені нерівномірним запаленням окремих ділянок очеревини.

До цього часу не винайдені ефективні методи лікування ПХ. Найбільш позитивно зарекомендував себе колхіцин, який рекомендують приймати по 1 мг щоденно впродовж місяців-років. Уважають, що у такій дозі він може запобігати не тільки

нападам гарячки, а й розвитку амілоїдозу [3]. Однак препарат ефективний у 80-85 % хворих. В аптечну мережу України не завозиться. У нашому випадку позитивний результат було одержано при застосуванні ібупрофену.

Таким чином, випадки ПХ можуть траплятися в Україні і в наш час. Це зумовлено як багатонаціональністю її громадян, так і значним збільшенням числа мігрантів, у тому числі зі Середземномор'я.

Крім того, як свідчить публікація японських авторів, хвороба може реєструватися і в корінного населення, що свідчить про відносну специфічність гена MEFV [5]. Знання особливостей ПХ дозволить зменшити число діагностичних помилок і випадків призначення необґрунтованого лікування.

Література

1. Виноградова О.М. Периодическая болезнь. – М.: Медицина, 1973. – 200 с.
2. Мунтян В.М., Акопян Г.С. Периодическая болезнь (этиопатогенетические и клинические аспекты). – М.: Медицинское информ-агентство, 2000. – 190 с.
3. Рамеев В.В., Козловская Л.В., Саркисова И.А., Симонян А.Х. Генетические аспекты периодической болезни и ассоциированного с ней амилоидоза // Терапевт. архив. – 2002. – Т. 74, № 6. – С. 80-83.
4. Кочубей Л.Н., Виноградова О.М., Серов В.В., Васильева Н.А. Прогноз и выживаемость больных вторичным амилоидозом (анализ 146 случаев) // Там же. – 1993. – № 6. – С. 48.
5. Shinozaki Koyi, Agematsu Kasunada, Jazui Kozo et al. Familial Mediterranean fever in 2 Japanese families // J. Rheumatol. – 2002. – Т. 29, N 6. – С. 1324-1325.

© Грищенко В.І., Пахольчук Т.Н., Бурий А.А., Яма О.В., 2004
УДК 616.34-022-036.11-053.2]-085

В.І. Грищенко, Т.Н. Пахольчук, А.А. Бурий, О.В. Яма

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ, ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СИЛІКСУ

Запорізький державний медичний університет, обласна інфекційна клінічна лікарня

Нині усе ще значну актуальність зберігає проблема лікування гострих кишкових інфекцій (ГКІ), оскільки вони займають перше місце серед причин смертності дітей від інфекційних захворювань і складають 30-35 % в її структурі [1].

Відповідно до сучасних понять про патогенез розвитку інфекційних захворювань відомо, що результатом дії патогенних збудників, їх токсинів й інших іритантів на слизову обо-

лонку кишечника є втрата рідини, мінеральних солей і виражене порушення обміну речовин, що, у свою чергу, веде до накопичення проміжних токсичних метаболітів із розвитком синдрому ендогенної інтоксикації [2]. Її наростання призводить до порушення функції багатьох органів і систем (печінки, нирок, серця і ЦНС), пригнічення кровотворення й імунітету. Немаловажним залишається і той факт, що дитячому організ-

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

му властиві швидші темпи розвитку токсикозу, що обумовлено анатомо-фізіологічними особливостями, недосконалістю механізмів імунного захисту і підтримки сталості внутрішнього середовища організму. Функціональна недосконалість клубочкової фільтрації, канальцевої реабсорбції і секретції у дітей обмежують елімінацію токсичних речовин ренальною системою. А підвищена проникність гематоенцефалічного бар'єру визначає схильність до розвитку в дітей нейротоксикозу, що значно збільшує тяжкість обмінних розладів [3].

Відомо, що традиційна терапія ГКІ, яка включає в себе антибактерійні засоби і регідратаційну, у тому числі інфузійну, терапію з метою усунення порушень водно-електролітного балансу і збереження гомеостазу, не завжди дає швидкий і достатньо стабільний ефект. Виходячи з вищесказаного, велике значення має впровадження нових лікарських препаратів детоксикаційної й антимікробної дії, особливо при лікуванні гострих інфекційних захворювань у дітей. Одним з таких препаратів є силікс.

Силікс – це новий синтетичний аморфний високодисперсний кремнезем (ВДК). Будучи ентеросорбентом нового покоління, він має високу гідрофільність і відповідно спроможність сорбувати воду. Позитивними його властивостями можна вважати і фізико-хімічну стабільність, у тому числі нерозчинність у внутрішньому середовищі організму, він не всмоктується з кишкового каналу. Проте більше клінічне значення має інша особливість силіксу, що зумовлено його фізико-хімічними властивостями. Це висока здатність сорбувати білок (зв'язувати протеїн). З цього випливає той факт, що він може бути використаний для виведення з організму екзо- і ендотоксинів, патогенних імунних комплексів, продуктів деградації некротичних тканин й інших шкідливих речовин білкового походження, що так важливо в педіатричній практиці. Крім того, він може фіксуватися на поверхні мікроорганізмів, оскільки частинки силіксу за розмірами значно менші порівняно з мікроорганізмами, що дає їм можливість адсорбуватися на клітинах мікробів, а не навпаки. Навіть при незначній концентрації частинки препарату аглютинуються збудниками, створюючи єдиний конгломерат. Після контакту із силіксом бактерії стають чутливішими до антибіотиків, а також до дії протеолітичних ферментів й інших компонентів шлункових і кишкових соків, тому що на відміну від інших ентеросорбентів він позитивно впливає на фармакодинаміку паралельно застосовуваних лікарських засобів (створює їх депо, покращує всмоктування, сприяє пролонгованій дії) і не порушує процеси травлення.

Виходячи з цього, метою роботи стала оцінка ефективності застосування препарату силікс при лікуванні ГКІ у дітей.

Для уточнення клінічної ефективності силіксу в умовах дитячого кишкового відділення обласної інфекційної клінічної лікарні м. Запоріжжя було обстежено 126 дітей, хворих на ГКІ різного ступеня тяжкості: із легким ступенем – 5 (4,0 %), середньотяжким – 85 (67,5 %), тяжким – 36 (28,5 %). За віком

хворі були розподілені в такий спосіб: від 2 міс. до 5 років – 75 дітей (59,5 %), від 5 до 12 років – 51 (40,5 %) дитина. У комплексну терапію дітей основної групи (86 пацієнтів) був включений силікс. Контрольну групу склали 40 дітей з аналогічною патологією і клінічними ознаками, яким проводилось те ж комплексне лікування, що включало антибіотики, ферменти, регідратаційні середники.

За допомогою бактеріологічних досліджень етіологія захворювання була встановлена в 92 дітей. Шигельоз був діагностований у 14 (15,2 %) хворих, сальмонельоз – у 7 (7,6 %), ешерихіоз – у 8 (8,7 %), умовно-патогенна флора (УПФ) виділена у 63 (68,5 %). Серед ГКІ, викликаних УПФ, 66 % припадало на *Enterobacter*, 22 % – на *Klebsciella*, 7 % – на *Citrobacter* і 5 % – на *Acinetobacter*, *Staphylococcus*, *Pseudomonas aerogenes*. У 34 хворих етіологію захворювання встановити не вдалося.

Пацієнтам основної групи силікс призначали у вигляді водної суспензії усередину за 10-30 хв до їди. Добова доза для дітей до 7 років складала 150-200 мг/кг маси тіла, для дітей старше 7 років – 100-150 мг/кг, розчинених у 50-100 мл питної води. Добову дозу силіксу поділили на 3-4 прийоми. Крім того, промивали шлунок і кишечник 1-2 % водною суспензією силіксу за допомогою зонда або клізми 1-2 рази на день.

Ефективність лікування оцінювали шляхом зіставлення в двох групах регресу симптомів інтоксикації, таких як порушення свідомості та загальної активності, судом, підвищення температури тіла, блювоти, парезу кишок; порушень мікроциркуляції у вигляді акроціанозу, мармуровості шкіри, геморагічного синдрому і явищ дегідратації – зниження еластичності й тургору шкіри, сухості слизових оболонок, западіння або вибухання великого тім'ячка, спраги, осиплості голосу, порушення діурезу, діареї. Усі хворі пройшли клініко-лабораторне обстеження при госпіталізації й у динаміці лікування (1-а, 3-я, 5-а доба і перед випискою зі стаціонару). Результати наведено в таблиці 1.

Привертає увагу той факт, що в групі хворих, які приймали комплексну терапію із залученням силіксу, у 95 % осіб регресували температура, блювота, діарея вже до (2,0±0,5)-ї доби, що не спостерігалось в контрольній групі. До (3,7±0,8)-ї доби не відзначалося порушення температури тіла і блювоти, тоді як у контрольній групі вони спостерігалися і на (5,2±1,3)-у добу.

Подібні зміни стосувалися і симптомів дегідратації. Так, в усіх хворих основної групи за першу добу (1,9±0,1) зникли спрага, сиплість голосу, сухість слизових оболонок, зменшувалися частота (із 6-8 до 3-4 разів за добу) і об'єм, характер (від рясного водянистого до кашкоподібного) випорожнень, відновився діурез. У контрольній групі на (3,7±0,9)-у добу в 26 % хворих зберігалася спрага, у 34 % – сухість слизових, а в 19 % – усе ще відзначалася діарея й у 9 % – порушення діурезу.

Симптоми порушення мікроциркуляції (мармуровість шкіри, позитивний симптом білої плями, акроціаноз) у групі хворих, що приймали силікс, до (2,6±0,3)-ї доби траплялися

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Таблиця 1

Динаміка клінічних проявів токсикозу ГКІ та клінічна ефективність силіксу у хворих, які лікувалися комплексно, %

Симптом	1-а доба		2-а доба		3-я доба		5-а доба		При виписці	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Температура тіла	76	100	49	100	8	-	2	-	-	-
Порушення свідомості	46	98	14	100	-	-	-	-	-	-
Мармуровість шкіри	86	96	67	100	43	-	14	-	6	-
Акроціаноз	79	86	53	92	12	100	-	-	-	-
Сухість слизових оболонок	85	98	68	100	34	100	11	-	-	-
Зниження тургору тканин	76	91	62	100	21	100	4	-	-	-
Сиплість голосу	42	100	18	100	2	100	-	-	-	-
Спрага	87	100	64	100	26	-	3	-	-	-
Діарея	85	86	51	98	19	100	5	-	-	-
Порушення діурезу	58	94	23	97	9	100	2	-	-	-
Блювота	75	88	36	95	15	100	3	-	-	-

Примітки: 1 – динаміка клінічних проявів токсикозу; 2 – клінічна ефективність силіксу.

в незначному ступені в 4 % хворих, а в контрольній групі дітей відзначалися і на (5,6±1,6)-у добу. Всі хворі основної групи до (3,6±0,8)-ї доби вказували на зменшення або зникнення метеоризму, болів у животі, нормалізацію випорожнень, тоді як у контрольній групі ці симптоми зберігалися і на (5,3±1,4)-у добу.

Позитивні зсуви в копрограмі – зникнення або зменшення кількості неперетравленої клітковини, лейкоцитів, еритроцитів і слизу, зменшення йодофільної мікрофлори, внутрі-

шньоклітинного крохмалю, нейтрального жиру – у хворих основної групи відзначалися до (3,7±0,6)-ї доби. У хворих контрольної групи динаміка клінічних і копрологічних показників була менш вираженою і зберігалася в 5 % осіб до (6,2±1,6)-го дня лікування.

Підтвердженням виявленої динаміки симптомів інтоксикації можна вважати зміну показників крові – лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), індексу зсуву лейкоцитів крові (ІЛС), лімфоцитарного індексу (ЛІ), досліджених у ті ж терміни (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив силіксу на показники крові дітей, хворих на ГКІ (M±m)

Індекс	Основна група (n=26)				Контрольна група (n=20)			
	1-2-а доба	3-я доба	5-а доба	Виписка	1-2-а доба	3-я доба	5-а доба	Виписка
ЛІІ	3,90±1,80	1,50±0,40	1,20±0,10	0,80±0,04	3,60±1,60	2,50±1,10	1,40±0,60	0,60±0,02
ІЛС	3,80±1,40	1,40±0,30	1,40±0,30	0,90±0,03	3,50±1,40	2,80±1,30	1,10±0,60	1,40±0,70
ЛІ	1,30±0,20	0,50±0,02	0,40±0,08	0,20±0,01	1,20±0,80	0,80±0,04	0,50±0,02	0,30±0,01

Показники інтоксикації в дітей при ГКІ знижувалися в 2 рази в основній групі хворих, що приймали силікс, до (2,2±0,7)-ї доби, а в хворих контрольної групи – до (5,2±1,4)-ї доби.

Таким чином, динаміка клінічних і лабораторних даних свідчить про те, що препарат силікс доцільно застосовувати у хворих із ГКІ різноманітного походження.

Висновки

1. Препарат силікс доцільно включати в комплексну терапію дітей, хворих на ГКІ. У першу добу захворювання це значно ослаблює симптоми інтоксикації і дегідратації, що сприяє поліпшенню результатів лікування.

2. Використання в комплексній терапії ГКІ у дітей силіксу приводить до найшвидшого клінічного поліпшення, скорочення термінів перебування в стаціонарі в середньому на (3,0±1,2) доби.

3. Раннє застосування силіксу значно послаблює прояви інтоксикаційного синдрому і потенціює регрес дегідратації.

Література

- Крамарев С.О. Сучасні погляди на лікування гострих кишкових інфекцій у дітей // Мистецтво лікування. – 2003. – № 5. – С. 50-53.
- Водкайло Ш.И. Лечение токсикозов у грудных детей. – Кишинев, 1984. – 190 с.
- Татаркіна А.М., Вовк Т.Г., Копійченко Т.С. та ін. Клініко-імунологічна характеристика тяжких форм гострих кишкових інфекцій у дітей перших років життя // Тяжкі форми інфекційних хвороб і невідкладні стани: Мат. наук.-практ. конф. (16-17 травня 2002 р., Дніпропетровськ). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 194-196.