

Оптимизация терапии синдрома мальабсорбции у детей, страдающих лямблиозом

К.В.Арифуллина

Новосибирский государственный медицинский университет

В клинической картине лямблиоза синдром мальабсорбции занимает не последнее место, однако вопросы коррекции нарушенного кишечного всасывания недостаточно освещены в научной литературе. Данные собственных исследований показали, что включение диоктаэдрического смектита в схемы лечения лямблиоза, протекающего с синдромом мальабсорбции, положительно влияло на устранение клинических проявлений синдрома; способствовало росту облигатной флоры и сдерживало рост условно-патогенной и патогенной микрофлоры в кишечнике; приводило к активации факторов антиоксидантного звена.

Ключевые слова: лямблиоз, синдром мальабсорбции, диоктаэдрический смектит

Optimization of therapy of malabsorption syndrome in children with giardiasis

K.V. Arifullina

Novosibirsk State Medical University

The malabsorption syndrome is among the main problems in the clinical picture of giardiasis but the issues of correcting the impaired intestinal absorption have not been sufficiently highlighted in scientific literature. The findings of original studies showed that inclusion of dioctahedral smectite into the schemes of treatment for giardiasis with malabsorption syndrome had a positive effect on elimination of clinical presentations; promoted growth of obligatory flora and inhibited growth of conditional-pathogenic and pathogenic microflora in the intestines; activated the factors of the antioxidant link.

Key words: giardiasis, malabsorption syndrome, dioctahedral smectite

Проблема лечения такого широко распространенного заболевания, как лямблиоз, протекающего с хронической диареей, нарушением микробиоценоза кишечника, является одной из актуальных в современной детской гастроэнтерологии. Лямблии, с одной стороны, вызывают повреждение энтероцитов и гликокаликса с развитием субатрофии эпителия и укорочением ворсинок. С другой стороны, у подавляющего числа пациентов развивается дисбиоз кишечника, при котором микробные токсины, нарушая мембранный гидролиз нутриентов, усиливают мальабсорбцию. В результате возникает тяжелое нарушение кишечного переваривания и всасывания. Учитывая то, что лямблиозной инвазии подвержены дети раннего возраста (от 1,5 до 4-х лет),

потери нутриентов могут носить необратимый характер. Несмотря на многочисленные публикации по проблемам лямблиоза, вопросы коррекции синдрома мальабсорбции освещены недостаточно [1–9].

Цель исследования – оптимизация терапии синдрома нарушенного кишечного всасывания у детей, страдающих лямблиозом.

В исследование методом сплошной выборки было включено 64 ребенка (из них 36 девочек); в возрасте от 3 до 12 лет (средний возраст $7,2 \pm 2,4$ лет). Больные получали комплексную терапию, включающую макмирор из расчета 15 мг/кг массы тела 2 раза в сут двумя повторными курсами по 7 дней с 7-дневным перерывом между ними и желчегонный препарат в течение 14 дней.

Методом случайной выборки дети были распределены на 2 группы: пациентам I группы ($n = 44$) с первого дня лечения назначался диоктаэдрический смектит «Смекта» (Ипсен, Франция) по 1 пакетику 3 раза в день на 10 дней; 20 детей составили группу сравнения и получали только комплексную терапию. В исследование вошли дети с впервые выявленным лямблиозом; дети, не получавшие цитомукопротек-

Для корреспонденции:

Арифуллина Клавдия Викторовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета, член Российской ассоциации гастроэнтерологов и гепатологов
Адрес: 630091, Новосибирск-91, Красный проспект, 52
Телефон:

Статья поступила 25.08.2005 г., принята к печати 23.12.2005 г.

торов, энтеросорбентов и антиоксидантов в течение ближайших 3-х мес и имеющие сопутствующие функциональные нарушения деятельности пищеварительного тракта.

Всем пациентам проводились: фиброгастродуоденоскопия; определение хеликобактериоза дыхательным уреазным Хелик-тестом, расширенная копрограмма, изучалась микрофлора кишечника. Антиоксидантную систему оценивали по уровню маалонового диальдегида и антиоксидантной активности сыворотки крови (по торможению суммарной хемилюминесценции).

На 4 сутки терапии у 23 пациентов (52%) основной группы число дефекаций достоверно сократилось в среднем в 2 раза (с 5–6 до 2–3 раз в сут). К 12–16 сут у 37 больных основной группы (84%) отмечалось значительное снижение (или исчезновение) метеоризма, болей в животе, диареи и уменьшение кожного зуда. В контрольной группе нормализация числа дефекаций наблюдалась лишь на 20–22 сут. У 3-х пациентов контрольной группы болевой синдром и диареи сохранялись и после окончания курса терапии и требовали дополнительного назначения спазмолитиков, пробиотиков и других средств (табл. 1).

До лечения у пациентов обеих групп отмечался дефицит бифидо- и лактобактерий на фоне избыточного роста золотистого стафилококка, протей, грибов рода Кандида и гемолитической кишечной палочки. Изменения кишечного микробного спектра после проведенного лечения представлены в табл. 2; как видно из таблицы, к концу курса лечения у подавляющего числа пациентов группы сравнения сохранялись изменения микробиоценоза.

Изменения в копрограмме представлены в табл. 3: в группе детей, получавших диоктаэдрический смектит, умень-

Таблица 1. Динамика основных клинических проявлений заболевания у детей на фоне приема Смекты (в днях)

Показатели	Основная группа (n = 44)	Группа сравнения (n = 20)
Нормализация числа дефекаций	7,1 ± 1,3*	20,6 ± 2,8
Оформление каловых масс	15,5 ± 1,7	21,4 ± 3,1
Исчезновение болевого синдрома	11,8 ± 2,7*	19,1 ± 2,2
Исчезновение метеоризма	12,4 ± 2,6	18,5 ± 2,1
Уменьшение кожного зуда	7,3 ± 1,2*	13,7 ± 1,5
Уменьшение проявлений атопического дерматита	15,2 ± 2,4	21,3 ± 3,2

*различия статистически достоверны (p < 0,05).

Таблица 2. Изменения состава микрофлоры кишечника у детей на фоне приема Смекты

Микроорганизмы	I основная группа (n = 44)		II группа сравнения (n = 20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Снижение уровня <i>Bifidobacterium</i> (< 10 ⁷)	21 (47,7%)	6 (13,6%)	11 (55%)	8 (40%)
Снижение уровня <i>Lactobacillus</i> (< 10 ⁶)	24 (54,5%)	8 (18,2%)	9 (45%)	6 (30%)
Увеличение уровня <i>Staph. aureus</i> (> 10 ⁴)	19 (43,2%)	5 (11,3%)	8 (40%)	7 (35%)
Увеличение уровня гемолизующей <i>E. coli</i>	11 (25%)	3 (6,8%)	5 (25%)	2 (10%)
Увеличение уровня <i>Proteus vulgaris</i> (> 10 ⁴)	9 (20,4%)	3 (6,8%)	9 (45%)	5 (25%)
Увеличение уровня грибов рода Кандида (> 10 ³)	12 (27,2%)	4 (9%)	4 (20%)	2 (10%)

Таблица 3. Динамика показателей копрограммы на фоне лечения Смектой

Копрологические признаки	Основная группа (n = 44)		Группа сравнения (n = 20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Йодофильная флора	18 (40,9%)	6 (13,6%)	10 (50%)	6 (30%)
Внутриклеточный крахмал	17 (38,6%)	4 (9%)	7 (35%)	3 (15%)
Непереваренная клетчатка	19 (43,1%)	5 (11,3%)	9 (45%)	4 (20%)
Стеаторея	31 (70,4%)	8 (18,1%)	18 (90%)	11 (55%)
Креаторея	8 (18,1%)	2 (4,5%)	7 (35%)	2 (10%)

Таблица 4. Динамика показателей антиоксидантной системы у детей на фоне приема Смекты

Показатели	Основная группа (n = 44)		Группа сравнения (n = 20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Маалоновый диальдегид (мМоль/л)	9,7 ± 0,9	5,4 ± 0,4*	8,6 ± 0,7	7,5 ± 0,8
Антиоксидантная активность сыворотки крови (у.е.)	2,7 ± 0,2	4,6 ± 0,5*	3,1 ± 0,3	3,3 ± 0,4

* различия статистически достоверны (p < 0,05).

шался уровень йодофильной флоры, креаторея и признаки стеатореи.

До начала лечения у детей обеих групп наблюдались активация процессов перекисного окисления липидов (был увеличен уровень маалонового диальдегида) значительно снижена суммарная антиоксидантная активность сыворотки крови (табл. 4).

Применение диоктаэдрического смектита привело к статистически достоверным изменениям: снижению уровня маалонового диальдегида до нормы при параллельном повышении антиоксидантной активности сыворотки крови в 1,5 раза у пациентов основной группы.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что включение Смекты в схемы лечения лямблиоза, протекающего с синдромом мальабсорбции, позволяет достичь улучшения состояния у 86% детей основной группы (табл. 5), что превышает аналогичный показатель в группе сравнения на 16%.

Переносимость диоктаэдрического смектита оценивали, наблюдая за пациентами и анализируя данные анкет-опросников, заполняемых пациентами или их родителями. Результаты представлены в табл. 6.

Таблица 5. Клиническая оценка результатов лечения

Нозологическая форма	Основная группа (n = 44)			Группа сравнения (n = 20)		
	улучшение	без перемен	ухудшение	улучшение	без перемен	ухудшение
Лямблиоз с синдромом мальабсорбции	38 (86,3%)*	6 (13,6%)	–	14 (70%)	4 (20%)	2 (10%)

Таблица 6. Оценка переносимости диоктаэдрического смектита пациентами основной группы (n = 44)

Нозологическая форма	Оценка пациента				
	отлично	хорошо	удовлетворительно	плохо	очень плохо
Лямблиоз с синдромом мальабсорбции	29 (65,9%)	9 (29,4%)	4 (9%)	2 (4,5%)	–

Как видно из таблицы, 86,3% детей положительно оценили переносимость Смекты. В процессе приема диоктаэдрического смектита ни в одном случае не было отмечено аллергических реакций, значимого влияния на аппетит и колебания массы тела. Побочных явлений зарегистрировано не было.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: дополнительное назначение диоктаэдрического смектита (Смекты) в качестве цитомукопротектора в схемы терапии лямблиоза, протекающего с синдромом мальабсорбции, положительно влияет на устранение клинических проявлений последнего: болевого синдрома, метеоризма, диареи, показателей копрограммы; диоктаэдрический смектит, взаимодействуя с гликокаликсом и увеличивая образование защитного муцинового слоя, способствует росту облигатной микрофлоры и сдерживает рост условно-патогенной и патогенной микрофлоры в кишечнике, уменьшая проявления кишечного дисбиоза и улучшая процессы переваривания и всасывания; включение Смекты в терапию лямблиоза с синдромом мальабсорбции приводит к снижению уровня малонового диальдегида и повышению антиоксидантной активности сыворотки крови, что не может не влиять положительно на течение заболевания.

Литература

1. Салливан А., Норд К. Место пробиотиков в терапии инфекций желудочно-кишечного тракта у человека. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2003; 5(3): 275–82.
2. Бабаян М.Л. Применение Смекты в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта. Детская гастроэнтерология и нутрициология 2004; 12(16): 2–4.
3. Щербаков П.Л., Цветков П.М., Нечаева Л.В. Профилактика диареи, связанной с приемом антибиотиков, у детей. Вопросы современной педиатрии 2004; 3(2): 3–5.
4. Бельмер С.В. Лямблиоз у детей. Детская гастроэнтерология и нутрициология 2004; том 12, 3 (203): 141–3.
5. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Кучеря Т.В., Горбунова Ю.П. Лямблиоз. М., 2003; 32.
6. Бандурина Т.Ю., Самарина В.Н. Лямблиоз у детей. М., 2002; 40.
7. Бандурина Т.Ю., Кнорринг Г.Ю. Лямблиоз у детей. Лечащий врач 2004; 4: 60–2.
8. Арифиллина К.В. Антибиотико-ассоциированная диспепсия на фоне эрадикационной терапии у детей с хроническими гастродуоденитами, ассоциированными с хеликобактерной инфекцией, и способ ее коррекции. Вопросы современной педиатрии 2005; 4(2): 20–2.
9. Диагностика и лечение лямблиоза у детей. Методические рекомендации. Киев, 1983; 18.



ОДОБРЕНО СОЮЗОМ
ПЕДИАТРОВ РОССИИ

СМЕКТА



СМЕКТА - ПОБЕДИТЕЛЬ
ПРОГРАММЫ
«СУПЕРБРЕНД-2005»

СМЕКТА

СМЕКТА

СМЕКТА

СМЕКТА

- Эффективна при диарее любого генеза
- Назначается с первых дней жизни
- Не имеет противопоказаний

При диарее СМЕКТА для быстрого эффекта

Полную информацию о препарате, побочных действиях и противопоказаниях смотрите в инструкции по применению

IPSEN
Innovation for patient care

Бофур Ипсен Интернасьональ – Россия – 109147 Москва
ул. Таганская, 19 – Тел.: + 7 495 258 54 00 – Факс: + 7 495 258 54 01