

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В России удельный вес острых пищевых отравлений в общей структуре заболеваний кишечника составляет до 64% в летнее время года и до 30—38% в осенне-зимний период. Ведущее место в этиологии острых пищевых отравлений занимают бактерии и токсины. Терапия строится на основе патофизиологических представлений о механизме развития диареи и интоксикационного процесса, а также эмпирической эрадикационной терапии возможного возбудителя при наличии показаний.

В качестве наиболее эффективной терапии пищевых отравлений используются препараты, обладающие сорбционным действием, антибактериальные препараты и регидранты. Из препаратов, относящихся к группе сорбентов, имея свои недостатки, длительное время оставался единственным активированный уголь.

В последние годы появились новые средства, к которым относятся сорбенты на основе высокодисперсного диоксида кремния, кремнийорганических соединений, целлюлозы, силикагели, алюмогели, цеолиты, пищевые волокна. Энтеросорбенты обладают различной сорбционной способностью или емкостью, т.е. связывают в просвете кишечника различное количество веществ. Причем сорбенты могут выводить только молекулы определенных размеров, что важно учитывать в практике.

В комплексной терапии острых пищевых отравлений необходимы средства, способные сорбировать в желудочно-кишечном тракте и выводить с испражнениями не только токсины, но и патогенные бактерии. В этом аспекте внимания заслуживает комбинированный энтеросорбент Белый Уголь, содержащий диоксид кремния 210 мг и микрокристаллическую целлюлозу 208 мг, которые обеспечивают комплексный эффект при лечении.

Диоксид кремния обладает высокой сорбционной емкостью, связывает и выводит экзотоксины

■ В комплексной терапии острых пищевых отравлений необходимы средства, способные сорбировать в ЖКТ и выводить с испражнениями не только токсины, но и патогенные бактерии. В этом аспекте внимания заслуживает комбинированный энтеросорбент Белый Уголь.

(пищевые, бактериальные, химические), эндотоксины, избыток желудочного сока, кишечных газов, содействует транспорту из крови и лимфы в желудочно-кишечный тракт и выведению барбитуратов, этилового спирта. Диоксид кремния содействует снижению метаболической нагрузки и детоксикации.

Микрокристаллическая целлюлоза действует через сорбционный и механический эффекты. Она сорбирует на своей поверхности и выводит из организма тяжелые металлы, свободные радикалы, микробные токсины, продукты распада, а также связывает избыток желудочного сока, желчные кислоты, билирубин, холестерин. Механическим путем очищает слизистую оболочку тонкого кишечника, что ведет к улучшению пристеночного пищеварения и всасывающей функции кишечника, стимулирует перистальтику.

В связи с высокой распространенностью пищевых отравлений, наличием определенных сложностей в лечении указанной группы пациентов, а также множества новых энтеросорбентов данная проблема представляется актуальной для изучения.

Было проведено обследование 2 групп пациентов с острыми пищевыми отравлениями. Все пациенты получали комплексную терапию в соответствии со стандартами. В качестве энтеросорбента одна группа (n = 20) получала Белый Уголь (в 1-й день 4 раза по 4 таблетки, со 2-го дня — 3 раза в день по 5 таблеток), другая группа (n = 20) — активированный уголь (в стандартной дозировке при пищевых отравлениях — до 20 г/сут). Оценивалась клиническая динамика исчезновения симптомов, нормализации лабораторных показателей, патогенной флоры в кишечнике.

На фоне проводимой терапии сорбентами отмечалась положительная динамика клинических проявлений в обеих группах, более интенсивная в основной. На 3-й день общее количество пациентов с симптоматикой, расцениваемой как средней

тяжести, в группе сравнения снизилось до 6 человек, в то время как в основной группе такие пациенты не регистрировались вообще. В группе, принимавшей активированный уголь, отмечалось большее количество пациентов с симптоматикой, соответствующей средней тяжести, что обусловлено недостаточной сорбционной способностью применяемого препарата.

По результатам проведенного наблюдения средняя длительность диарейного синдрома в группе, принимавшей Белый Уголь, составила 5,4 дня, в группе сравнения длительность диареи составила 6,8 дня. Разрешение симптома у пациентов происходило на 20,6% быстрее, чем в группе сравнения, что связано с большей сорбционной способностью Белого Угля.

Сопутствующий диарее метеоризм разрешался с менее интенсивной динамикой, при этом в группе, получавшей Белый Уголь, сроки разрешения метеоризма составили в среднем 5,4 дня, в группе сравнения — 9,6 дня (рис. 1). По данному симптомокомплексу различия по динамике между группами составили 43,7%.

БЕЛЫЙ УГОЛЬ

В ОТПУСК, В ПУТЕШЕСТВИЕ, В ДОРОГУ

СОРБЕНТ ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ !

**НЕ СОДЕРЖИТ НЕПРИЯТНЫХ
ВКУСОВЫХ ДОБАВОК**

ПРИЕМ НЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ЗАПОРАМИ

НЕ ПАЧКАЕТ РОТ !

**1 ТАБЛЕТКА БЕЛОГО УГЛЯ
ЗАМЕНЯЕТ 9 ТАБЛЕТОК ЧЕРНОГО**



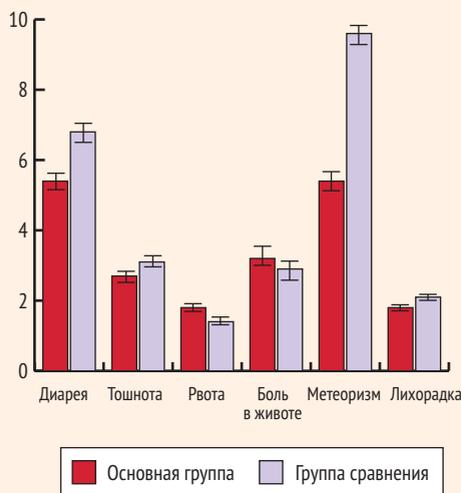
НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, БАД. Реклама.
Изготовитель: ООО "ОМНИФАРМА КИЕВ", Украина. СоР №77.99.23.3.У9197.9.09 Маркетинг и дистрибуция: ООО "ШТАДА Маркетинг"



Купирование болей в животе происходило в основной группе в среднем за 3,2 дня, в группе сравнения — в среднем за 2,9 дня. Исчезновение болей в животе происходит в группе сравнения на 9,3% быстрее, чем в основной группе.

Полная клиническая ремиссия достигается на фоне проводимой терапии в основной группе за 10,6 дня, в группе сравнения — за 12,8 дня. Таким образом, достижение полной клинической ремиссии в группе пациентов, принимавших Белый Уголь, происходит на 2,2 дня быстрее, чем в группе сравнения, что составляет 17,2% от продолжительности достижения ремиссии.

Рисунок 1. Длительность симптомов острого пищевого отравления (дни)



Примечание. Различия по симптомам диарея, тошнота, боль в животе, метеоризм по группам против начального уровня и между группами статистически достоверны ($p < 0,05$). Различия по симптомам рвота, лихорадка недостоверны ($p = 0,09$).

При этом в обеих группах значимое количество из всех пациентов достигает полной клинической ремиссии за первые 72 часа. В основной группе 55% пациентов достигли полной клинической ремиссии за 72 часа от начала заболевания, в группе сравнения — только 35% пациентов (рис. 2). Различие между группами пациентов, достигающих полной клинической ремиссии за первые 72 часа от начала заболевания на фоне проводимой терапии, составило 36,3%.

Рисунок 2. Процент достижения ремиссии за 72 часа (%)



По мнению пациентов, Белый Уголь удобен в применении, нет необходимости растворять его в воде или принимать большое количество таблеток одновременно.

В результате применения сорбента Белый Уголь получена положительная оценка клинической эффективности в комплексной терапии пищевых отравлений: в сравнении с применением активированного угля уменьшаются сроки разрешения клинических проявлений и раньше достигается полная клиническая ремиссия заболевания.

P

ЛИТЕРАТУРА

- Новокшонов А.А., Соколова Н.В. Энтеросорбция — эффективный метод эфферентной этиопатогенетической терапии острых кишечных инфекций у детей // Лечащий врач. №3. 2011.
- Маркелов Д.А., Ницак О.В., Геращенко И.И. Сравнительное изучение адсорбционной активности медицинских сорбентов // Химико-фармацевтический журнал. №7. 2008. — С. 30—33.
- Учайкин В. Ф., Новокшонов А.А. и соавт. Энтеросорбция. Роль энтеросорбентов в комплексной терапии острой и хронической гастроэнтерологической патологии. Пособие для врачей. — М., 2008. — 24 с.
- Щербаков П.Л. Применение энтеросорбентов в лечении дисбиоза кишечника // Эксп. клин. гастроэнтерол. №3. 2009. — С. 88—92.
- Вялов С.С. Дисбактериоз кишечника: новые подходы к диагностике и лечению. — М.: РУДН, 2011. — 16 с.
- Щекина М.И. Энтеросорбент Белый Уголь — оптимальная терапия интоксикации // Consilium Medicum, Гастроэнтерология. №1. 2010.
- Садовникова И.И. Бытовые отравления. Эффективная помощь на догоспитальном этапе // РМЖ. №5 (18). 2010. — С. 288.