

Клиническая оценка эффективности применения желатина танната в лечении детей первого года жизни с острой диареей

Т. В. Калугина, Т. Е. Малявина, Ю. В. Константинова

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из актуальных проблем в практике врача-педиатра, и связано это прежде всего с высоким уровнем заболеваемости, большая часть которой приходится на детей в возрасте до 14 лет [1]. Изменение этиологической структуры ОКИ в пользу доминирования вирусных диарей практически во всех возрастных группах привело к пересмотру тактики ведения таких пациентов [2, 3]. В лечении основное место занимает патогенетическая терапия, а именно проведение оральной регидратации (А) и назначение энтеросорбентов (В) [4]. Следует отметить, что у детей первого года жизни, особенно первых 6 месяцев, в этиологии острого энтероколита преобладают представители условно-патогенной флоры [5], что приводит к частому назначению антимикробных препаратов, в том числе и антибиотиков. Учитывая наметившийся в последние годы рост антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также отрицательное влияние антибиотиков на состояние нормальной микрофлоры и возможность развития аллергических реакций, понятен интерес практикующих врачей к возможности назначения антибиотикозамещающих препаратов с антидиарейным эффектом.

Целью данной работы было оценить клиническую эффективность противодиарейного средства на основе желатина танната (Адиарин) при лечении острого гастроэнтероколита (ОГЭК) у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования

Проведено открытое проспективное сравнительное исследование среди детей от 3 до 12 месяцев, поступивших в инфекционные отделения ДГКБ № 11 и ДГКБ № 15 г. Екатеринбурга, с клиникой среднетяжелой формы ОГЭК. В исследование включены 60 пациентов, которые были рандомизированы в две группы: основную и контрольную.

Основную группу составили 30 пациентов, из числа которых в порядке неотложной помощи госпитализировано 73,3%, по направлению участкового педиатра — 20%, в порядке самообращения — 6,7% больных. В данной группе пациентов на грудном вскармливании находилось 43,3%, на искусственном — 56,7% больных. При проведении вирусно-бактериологического обследования диагноз был верифицирован у 62,4% пациентов, причем условно-патогенный энтероколит установлен в 56,7%, ротавирусный гастроэнтерит — в 6,7% случаев. У 36,6% детей этиология ОГЭК осталась неуточненной.

Контрольную группу составили 30 детей, из которых 80% поступило в отделение в порядке неотложной помощи, 13,3% — по направлению участкового педиатра, самообращение составило 6,7%. Естественное вскармливание получали 40%, искусственное — 60% больных. При проведении вирусно-бактериологического обследования диагноз верифицирован у 66,7% пациентов: в качестве возбудителя условно-патогенные микроорганизмы выделены у 46,7%, ротавирусный антиген — у 20% больных. У трети детей (33,3%) этиология ОГЭК осталась неуточненной.

Большинство детей были госпитализированы в стационар не позднее 3-го дня от начала заболевания — 90% заболевших основной группы и 93,3% контрольной.

Критериями включения в исследование явились:

- 1) возраст пациентов от 3 до 12 месяцев;
- 2) развитие среднетяжелой формы ОГЭК;
- 3) отсутствие приема антибиотика на догоспитальном этапе.

Критериями исключения явились:

- 1) тяжелая форма ОГЭК;
- 2) наличие сопутствующей патологии, требующей назначения антибиотика;
- 3) использование антибиотика у пациента на догоспитальном этапе по поводу данного заболевания;
- 4) назначение антибиотика на фоне приема желатина танната (Адиарин).

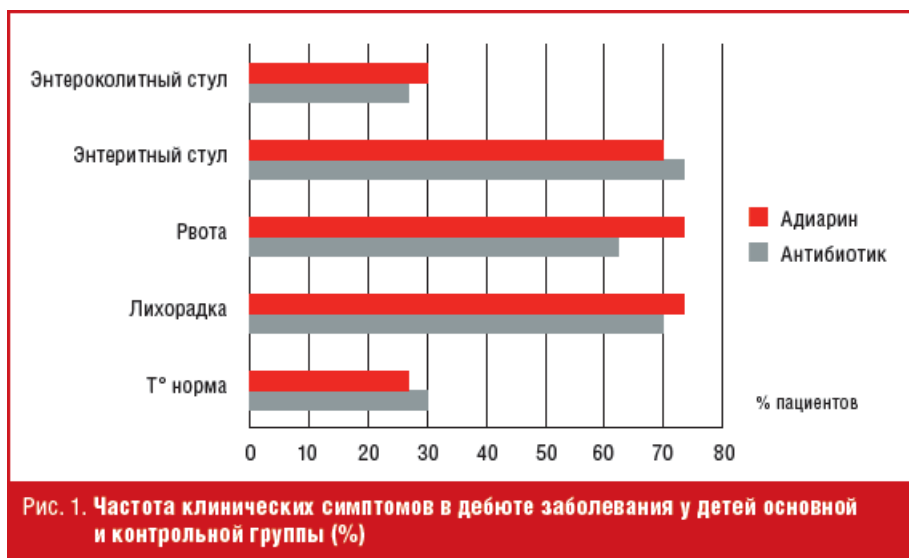
С момента поступления всем больным проводилась оральная регидратация с целью возмещения имеющихся и/или продолжающихся патологических потерь жидкости. Наряду с этим пациентам основной группы назначался желатина таннат (Адиарин) в дозе 250 мг (1 саше) 3–4 раза в день курсом 5 дней. Пациенты контрольной группы в качестве этиотропной терапии получали антибиотик (амикацин) в возрастной дозировке курсом 5 дней.

Эффективность терапии оценивали по динамике основных клинических симптомов: температура тела, проявления интоксикации, наличие рвоты, частота и характер стула через 24 и 48 часов от начала приема препаратов.

Результаты и их обсуждение

Проведено сравнение частоты и выраженности основных клинических симптомов ОКИ при поступлении. У пациентов основной группы в дебюте заболевания фебрильная лихорадка ($> 38^{\circ}\text{C}$) отмечалась у 23,3%, субфебрильная ($37^{\circ}\text{C} < 38^{\circ}\text{C}$) — у 50%, температура тела оставалась нормальной ($< 37^{\circ}\text{C}$) — у 26,7% больных. Рвота зарегистрирована у 73,3% детей, причем однократная рвота имела место у 16,7%, двукратная — у 23,3%, три и более раз — у 33,3% пациентов. Нарушение стула наблюдалось у всех больных, у 70% стул имел энтеритный, а у 30% — энтероколитный характер. До момента поступления в стационар учащение стула до 4 раз отмечено у 36,7%, до 5–8 раз — у 50%, более 8 раз — у 13,3% пациентов. Симптомы интоксикации на момент госпитализации выявлены у всех детей.

У детей контрольной группы в начале заболевания фебрильная лихорадка ($> 38^{\circ}\text{C}$) отмечалась у 36,7%, субфебрильная ($37^{\circ}\text{C} < 38^{\circ}\text{C}$) — у 33,3%, температура тела оставалась нормальной — у 30% больных. Рвота зарегистрирована у 62,4% детей. По частоте: однократная рвота отмечалась у 20%, двукратная — у 23,4%, три и более раз — у 20% пациентов. Кишечный синдром выявлен в 100% случаев, у 73,3% стул имел энтеритный, а у 26,7% — энтероколитный характер. До момента госпитализации в стационар учащение стула до 4 раз отмечено у 63,3%, до 5–8 раз — у 30%, более 8 раз — у 6,7% пациентов. Симптомы интоксикации на момент госпитализации выявлялись у всех детей (рис. 1).

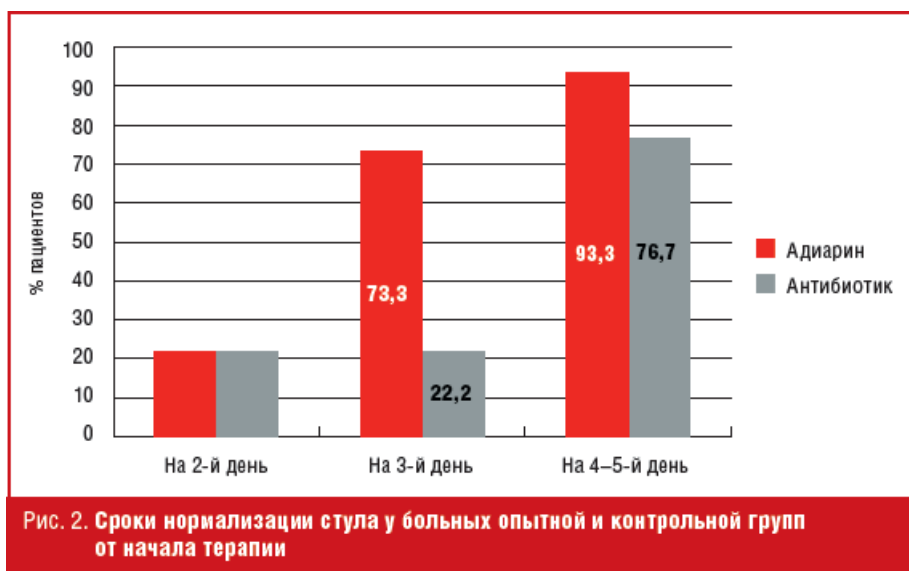


Через 24 часа после начала приема средства Адиарин частота стула сокращалась до одного раза у 22,1% пациентов, на фоне антибиотика — у 22,2% детей. Уменьшение числа дефекаций до 2–3 раз на фоне приема средства Адиарин отмечалось у 40%, на фоне антибиотика — у 33,3%. Частота дефекаций не менялась в основной группе у 26,7% у больных и у 30% в контрольной. Через 48 часов у пациентов основной группы однократный стул отмечен уже в 73,3% случаев, 2–3 раза в сутки в 20%, 4 и более раз в 6,7% случаев. У больных в контрольной группе эти показатели оставались на том же уровне.

По завершении курса у пациентов в опытной группе купирование кишечного синдрома отмечалось у 93,3% детей, в контрольной группе — только у 76,7% больных (рис. 2). Средний койко-день в опытной группе составил $3,6 \pm 0,04$, в контрольной группе — $6,04 \pm 0,02$ дня ($p < 0,01$).

В отношении других симптомов выявлена следующая динамика: лихорадка у детей, получавших Адиарин, держалась в среднем $1,4 \pm 0,03$ дня, получавших антибиотик — $1,7 \pm 0,04$ дня, рвота сохранялась в течение $1,1 \pm 0,04$ и $1,5 \pm 0,06$ дня соответственно. Длительность интоксикационного синдрома составила у пациентов основной группы $1,5 \pm 0,08$, а у детей контрольной группы — $2,3 \pm 0,1$ дня (табл.). Побочных или нежелательных реакций на прием средства Адиарин у пациентов не выявлено.

Использование желатина танната (Адиарин) при ОГЭК у детей первого года жизни, вызванных чаще всего условно-патогенными микроорганизмами, позволило купировать кишечный синдром в короткие сроки, без дополнительного назначения пациентам антибиотика. Полученный эффект, по-видимому, объясняется его основными свойствами. Желатина таннат оказывает цитомукопротективное действие на слизистую кишечника, образуя на ее поверхности тонкую пленку (биобарьер), защищая ее от воздействия вирусов и бактерий, закрывает разрушенные межклеточные соединения кишечного эпителия и восстанавливает его физиологические функции. Доказаны провоспалительные эффекты желатина танната: он связывает и осаждает белки — мукопротеиды, образующиеся в просвете кишечника при диарее, подавляет выделение провоспалительных цитокинов и индуцирует повышенную экспрессию противовоспалительных цитокинов, тем самым проявляя антибактериальные и антиоксидантные свойства [6–10].



Средняя длительность общинфекционных симптомов			Таблица
Симптомы	Адиарин	Антибиотик	
Длительность лихорадки	1,4 ± 0,03	1,7 ± 0,04	
Длительность интоксикации	1,5* ± 0,08	2,3 ± 0,1	
Длительность рвоты	1,1 ± 0,04	1,5 ± 0,06	
Примечание. * Разница достоверна.			

Выводы

1. Желатина таннат (Адиарин) может быть рекомендован в качестве антибиотикозамещающего средства при терапии ОГЭК у детей раннего возраста.
2. Включение желатина танната в комплекс лечебных мероприятий при инфекционной диарее существенно сократило сроки пребывания детей в стационаре, в среднем на 2 дня по сравнению с контрольной группой.
3. Побочных эффектов не было выявлено.
4. Эффективное купирование основных клинических симптомов инфекционной диареи в течение первых 2 дней лечения позволяет рекомендовать желатина таннат для широкого использования и на догоспитальном этапе, учитывая максимально комфортный прием для маленьких детей: малое количество и нейтральный вкус, не провоцирующий рвоту.
5. Следует заметить, что назначение средства Адиарин на амбулаторном этапе позволит значительно сократить число госпитализаций по поводу ОГЭК.

Литература

1. Бехтерева Т. К., Комарова А. М., Усков А. Н. и др. Оценка эффективности желатина танната при острых инфекционных диареях у детей // Детские инфекции. 2017; 16 (4); 2–6.
2. Плоскирева А. А., Горелов А. В. Алгоритм терапии острых кишечных инфекций у детей // Лечащий Врач. 2016; 3: 55–64.
3. Лобзин Ю. В., Анохин В. А., Халиуллина С. В. Острые кишечные инфекции. Новый взгляд на старую проблему // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. 2014; 3: 40–47.
4. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным ротавирусной инфекцией. ФГБУ НИИДИ ФМБА России. 2015: 88.
5. Никольская М. В., Митрофанова Н. Н., Афтаева Л. Н. Этиологические и эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций у детей в зависимости от возраста. <https://elib.pnzgu.ru/library/1454800>.
6. Carretero J. Esteban, Reguera F. Durbán, Álvarez S. López-Argüeta, Montes J. López. A comparative analysis of response to ORS(oral rehydration solution) vs. ORS + gelatin tannate in two cohorts of pediatric patients with acute diarrhea // Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2009; 101 (1): 41–48.
7. Allegrini A., Costantini M. Gelatine Tannate for the treatment of acutediarrhea in adults // J. Gastroint Dig Syst. 2012; 2: 3. <http://dx.doi.org/t0.4172/2161-069X.1000110>.
8. Frasca Giuseppina, Cardile Venera, Puglia Carmelo, Bonina Claudia, Bonina Francesco. Gelatin tannate reduces the proinflammatory effects of lipopolysaccharide in human intestinal epithelial cells // Clinical and Experimental Gastroenterology. 2012; 5: 61–67.
9. Loeb H., Vandenplas Y., Wursch P., Guesry P. Tannin-rich carob pod for the treatment of acute-onset diarrhea // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 1989, vol. 8, № 4, p. 480485.
10. Горелов А. В., Плоскирева А. А., Усенко Д. А. Современные подходы к патогенетической терапии острых

Т. В. Калугина*¹, кандидат медицинских наук

Ю. В. Константинова**

Т. Е. Малявина***

* **ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ**, Екатеринбург

** **МАУ ДГКБ № 15**, Екатеринбург

*** **МАУ ДГКБ № 11**, Екатеринбург

¹ Контактная информация: prachkis@list.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.67.11.003

Клиническая оценка эффективности применения желатина танната в лечении детей первого года жизни с острой диареей/ Т. В. Калугина, Ю. В. Константинова, Т. Е. Малявина

Для цитирования: Лечащий врач № 6/2019; Номера страниц в выпуске: 16-18

Теги: острые кишечные инфекции, кишечный синдром, вирусная диарея
