

ПЕРОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

С.М. Захаренко

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Oral rehydration therapy of acute enteric infections

Zacharenko S.M.

Military-medical academy of S.M. Kirov, St.-Petersburg

Резюме. Анализ особенностей проведения регидратационной терапии при острых кишечных инфекциях в гражданских и военных лечено-профилактических учреждениях показал, что в гражданских центрах этот вид терапии назначался 84,5% больных, а в военных — 50,16%. Средняя продолжительность пероральной регидратации составила 4,0 суток при легкой степени тяжести, при средней — 5,3 и при тяжелом течении — 5,7 суток. В среднем при легком течении заболевания пациенты получали 1423,7 мл жидкости, при среднем — 1092,6 мл при тяжелом — 1652,2 мл. Соотношение больных, получавших только пероральные регидратационные растворы, к больным, получавшим только инфузионную терапию и к получавшим оба вида терапии, составило 1 : 6,8 : 2,4. Официальные препараты составили 62% от всех назначений, чаще всего использовали регидрон (47,7%) и ОРС (16,5%).

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, регидратационная терапия, регидратирующие растворы.

Введение

Ежегодно в США патогенные микроорганизмы, передающиеся пищевым путем, вызывают около 76 млн случаев кишечных инфекций, в том числе 325 000 больных госпитализируется и 5 000 умирает [1]. Только число случаев шигеллеза по оценкам экспертов составляет около 450 000 [2], из них только около 6 000 госпитализируется; а инфекции, вызванные норовирусами, — около 23 млн, из которых почти 40% связано с пищевым путем передачи. Число же официально регистрируемых случаев острых кишечных инфекций в Российской Федерации в десятки раз меньше и не превышает 700 000 в год.

Основными синдромами, выявляющимися при диарейных инфекциях, являются собственно диарея, синдром общей инфекционной интоксикации и тот или иной синдром поражения желудочно-кишечного тракта (гастрит, энтерит, колит или их сочетания). Каждый пациент с инфекционной диареей нуждается в назначении регидратационной терапии. Объем регидратирующих раство-

Abstract. Analysis of holding rehydration therapy in acute intestinal infections in both civilian and military care facilities showed that the civilian centers of this type of therapy was appointed by 84,5% of patients, and in the military — 50,16%. The average duration of oral rehydration therapy was 4,0 days at the easy degree of weight, at middle — 5,3 and at a heavy flow — 5,7 days. On average, in easy degree of weight, patients received 1423.7 ml of liquid, at middle — 1092.6 ml at and a heavy flow - 1652.2 ml. Value for patients receiving only oral rehydration solution to patients who received only the infusion therapy and to receive both types of therapy was 1: 6,8: 2,4. Official drugs accounted for 62% of all appointments, often used Rehydron (47,7%) and ORS (16,5%).

Key words: acute enteric diseases, rehydration therapy, infusion therapy, oral rehydration salt.

ров, их электролитный состав, способ введения, скорость и длительность введения определяются целым рядом факторов, которые практикующий врач должен обязательно учитывать в своей работе. Наиболее доступным способом как первичной, так и компенсаторной регидратации является пероральное назначение готовых (официальных) регидратирующих растворов.

Пероральная регидратационная терапия как самостоятельное направление лечения острых кишечных инфекций начала активно внедряться в повседневную практику с 1979 г. [3, 4]. По оценкам экспертов ВОЗ, только благодаря ПРТ детская смертность от этой группы заболеваний снизилась с 4,6 млн случаев в год в 1980 г. до 1,5 млн в 2000 г. [5]. Концепция регидратационной терапии с 1980 г. претерпела существенные изменения. Если в 1981 г. ВОЗ рекомендовала все эпизоды диарейных инфекций лечить с применением официальных регидратирующих солевых растворов, то уже в 1988 году эксперты ВОЗ признали, что в 60–70% случаев диарея не сопровождается значительным обезвоживанием и пациенты не нуждаются

ся в назначении оральных регидратирующих солей. В этих случаях было признано достаточным назначение так называемых домашних жидкостей.

Растворы первого поколения — ОРС/Оралит обладают большей по сравнению с плазмой крови осмолярностью — 331 мОсм/л (плазма 285–295 Осм/л), однако эффективно устраняют обезвоживание и купируют метаболический ацидоз, уменьшая интоксикацию независимо от возраста пациента и типа возбудителя [6]. Высокая осмолярность в определенной степени задерживает всасывание раствора в кишечнике и не способствует значимому укорочению собственно диареи. В дальнейшем было предложено уменьшить концентрацию глюкозы и хлорида натрия, и с 2001 г. новый раствор ВОЗ имеет осмолярность 245 мОсм/л. Растворы второго поколения имеют меньшую осмолярность — Регидрон — 260 мОсм/л, Гастролит — 240 мОсм/л и Гидровит — 240 мОсм/л. Для этих растворов характерна лучшая всасываемость в кишечнике, реже возникает необходимость в переходе на инфузионную терапию, чем при стандартной терапии ВОЗ, снижается выраженность диареи и рвоты, уменьшается длительность диареи.

Исходя из этого, практический интерес представляет анализ как существующей практики проведения регидратационной терапии при разных диарейных инфекциях, так и оценка рациональности выбираемых режимов терапии.

Материалы и методы

В рамках второго этапа многоцентрового исследования в период с 2002 г. по 2007 г. проведено фармакоэпидемиологическое исследование средств патогенетической терапии. В исследование были включены больные острой дизентерией (ОД), сальмонеллезом (САЛ), острым гастроэнтероколитом (ОГЭК), острым гастроэнтеритом (ОГЭ), острым энтероколитом (ОЭК), острым колитом (ОК) и острым энтеритом (ОЭ). Исследование проводили по модифицированной нами методике Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (НИИ антимикробной химиотерапии, Смоленск). Учитывались конкретные препараты, назначавшиеся больным, их дозировки, режим применения, длительность лечения. Лечение считалось эффективным при нормализации состояния и самочувствия пациентов: аpiresия, исчезновение признаков общей инфекционной интоксикации, диареи и симптомов гастрита, энтерита или колита.

Объектом исследования явились истории болезни 1522 пациентов (табл. 1), находившихся на стационарном лечении в 11 лечебно-профилактических учреждениях — трех больницах Министерства здравоохранения и социального развития РФ (ЛПУ № 1) и восьми госпиталях Министерства обороны РФ (ЛПУ № 2).

В инфекционных стационарах МЗСР РФ проходили лечение 905 пациентов (77,25%) и в военных госпиталях — 259 пациентов (22,25%). На каждый случай острой кишечной инфекции (ОКИ) заполнялась специально разработанная индивидуальная регистрационная карта (ИРК). Из дальнейшего анализа были исключены 3 пациента с острым колитом.

Таблица 1

Группы пациентов, включенных в исследование

Лечебные учреждения	Заключительный диагноз						Всего
	ОД	ОЭ	ОЭК	ОГЭК	САЛ	ОГЭ	
ЛПУ № 1	394	30	101	135	198	45	903
ЛПУ № 2	258	35	104	150	35	34	616
Всего	652	65	205	285	233	79	1519

Пациенты мужского пола составили 71,2%, а женского — 28,6%. Пол пациента не был указан в 3 картах. В ЛПУ № 1 мужчин и женщин было равное количество, а в ЛПУ № 2 практически все пациенты (96,6%) были мужского пола. В первые два дня от начала заболевания был госпитализирован 751 больной (49,3% обследованных), при этом доля пациентов, госпитализированных в этот период в ЛПУ № 2 была выше и составила 56,9% против 44,1% в ЛПУ № 1 ($p < 0,001$). На 3–4-й день болезни поступили 342 человека (29,4%). В эти сроки от начала заболевания достоверно больше госпитализировано пациентов в ЛПУ № 1 — 31,27%, в то время как в ЛПУ № 2 — только 22,78% ($p < 0,01$). На 5-й день болезни и позже в гражданские и военные стационары поступили 276 больных, что составило 23,31% и 25,09% соответственно (в среднем — 23,7%).

При тщательном клиническом и лабораторном обследовании ни у одного больного не выявлено каких-либо сопутствующих заболеваний, оказывающих значимое влияние на течение данного эпизода диарейной инфекции или требующих дополнительной этиотропной терапии. Оценку степени тяжести эпизода острой кишечной инфекции проводили на основании критериев, изложенных в Методических указаниях «Дизентерия и другие острые кишечные диарейные инфекции. Указания по диагностике, лечению и профилактике в Вооруженных силах Российской Федерации» (2000).

Результаты и их обсуждение

В ЛПУ № 1 пероральная регидратационная терапия (ПРТ) проводилась 763 пациентам, что составило 84,5% от всех больных, лечившихся в этих центрах. Однако в части ИРК сведения о длительности и/или объеме назначавшихся препаратов были неполными. Вместе с тем, данный вид лече-

ния получали только 16,3% больных при тяжелом течении ОД и 20,0% – при ОГЭК, 11,76% больных ОЭ средней степени тяжести (табл. 2). Чаще всего вне зависимости от степени тяжести ПРТ проводилась при сальмонеллезе.

Длительность ПРТ в ЛПУ № 1 при легком и средне-тяжелом течении ОД достоверных различий не имела. При легком течении болезни этот показатель составил 4,38 суток, а при среднетяжелом – 6,13 суток. При тяжелом течении ПРТ проводилась лишь в течение 2,50 суток, что достоверно меньше по сравнению со среднетяжелым течением болезни ($p=0,0239$).

При ОЭ длительность ПРТ при различной степени тяжести заболевания достоверно не отличалась и составила при легком течении 2,33 суток и средней степени тяжести – 3,55 суток. При средней тяжести болезни длительность регидратации была достоверно меньше, чем при аналогичной степени тяжести при дизентерии ($p=0,0003$).

При тяжелом течении ОЭК длительность ПРТ была минимальной – 1,00 сутки, в то время как при легком течении – 4,50 суток и среднем – 3,99 суток. При энтероколите средней тяжести длительность ПРТ была достоверно меньше, чем при аналогичной степени тяжести при дизенте-

рии ($p=0,0001$), и при тяжелой степени тяжести также меньше, чем при средней при дизентерии ($p=0,0235$).

При ОГЭК легкой степени тяжести ПРТ продолжалась 3,00 суток, средней – 4,09 суток и тяжелой – 3,00 суток. Длительность ПРТ при средней степени тяжести ОГЭК была достоверно меньше, чем при острой дизентерии аналогичной степени тяжести ($p=0,0001$), сальмонеллезе средней тяжести ($p=0,0001$) и тяжелом течении заболевания ($p=0,0074$), остром гастроэнтерите легкой ($p=0,0451$) и средней степени тяжести ($p=0,0001$).

Только при САЛ выявлена отчетливая тенденция к увеличению длительности ПРТ в зависимости от степени тяжести. Так, при легком течении заболевания этот показатель составил 4,25 суток, средней тяжести – 6,20 и тяжелом – 7,43 суток, но различия были достоверны лишь между легким и тяжелым течением болезни ($p=0,0503$). Длительность ПРТ при среднетяжелом течении сальмонеллеза была сопоставимой с аналогичной степенью тяжести при ОД ($p=0,8108$) и была большей по сравнению с ОЭ ($p=0,0003$), ОЭК ($p=0,0001$), ОГЭК ($p=0,0001$) и ОГЭ ($p=0,0001$).

Таблица 2

Частота, длительность и среднесуточный объем пероральной регидратационной терапии при острых кишечных инфекциях в ЛПУ №1

Окончательный диагноз	Тяжесть течения заболевания	Пероральная регидратационная терапия (ПРТ)		
		Частота проведения, %	Длительность, М ± m, сут	Суточный объем, М ± m, мл
Острая дизентерия	легкая	80,00	4,38±0,42	2125,00±572,82
	средняя	88,60	6,13±0,20	1075,79±52,64
	тяжелая	16,13	2,50±0,87	875,00±239,36
Острый энтерит	легкая	100,00	2,33±0,67	1833,33±1092,91
	средняя	91,67	3,55±0,35	1550,00±340,85
Острый энтероколит	легкая	92,5	4,50±0,50	2750,00±750,00
	средняя	11,76	3,99±0,26	754,93±40,16
	тяжелая	78,00	1,00	750,00±250,00
Острый гастроэнтероколит	легкая	66,67	3,00±1,00	750,00±250,00
	средняя	88,43	4,09±0,26	820,19±38,05
	тяжелая	20,00	3,00	1000,00
Сальмонеллез	легкая	100,00	4,25±0,31	3562,50±239,75
	средняя	90,75	6,20±0,25	1295,80±103,61
	тяжелая	66,67	7,43±0,81	2416,67±986,72
Острый гастроэнтерит	легкая	66,67	17,00±15,0	500,00
	средняя	97,50	2,90±0,25	717,95±51,28
Все группы		82,72	5,34±0,125	1100,29±37,49

М – среднее значение; m – стандартная ошибка среднего значения.

Таким образом, длительность ПРТ в ЛПУ № 1 при двух инфекционных заболеваниях — острой дизентерии и сальмонеллезе — с различным патогенезом диарейного синдрома и различным объемом теряемой жидкости и электролитов оказалась сопоставимой.

При ОД с увеличением степени тяжести объем ПРТ достоверно уменьшался. Так, если при легком течении заболевания ежедневно больные получали 2125,00 мл жидкости, то при средней степени тяжести — 1075,79 мл ($p=0,0004$), а тяжелом — только 875,00 мл ($p=0,0132$).

При легкой степени тяжести ОЭ среднесуточный объем ПРТ составил 1833,33 мл, в то время как при средней степени тяжести — 1550,00 мл (различия были недостоверны).

При ОЭК также максимальный суточный объем ПРТ получали пациенты с легким течением болезни — 2750,00 мл, при средней степени тяжести и тяжелом течении объемы были сопоставимы — 754,93 мл и 750,00 мл соответственно ($p=0,0007$ в первом случае и $p=0,0152$ во втором).

При ОГЭК среднесуточный объем ПРТ составил 750,00 мл при легкой и 820,19 мл при средней степени тяжести, и у 1 больного с тяжелым течением болезни — 1000,00 мл.

При сальмонеллезе в наибольшем объеме ПРТ проводилась при легкой степени тяжести — 3562,50 мл, в то время как при средней больные получали 1295,80 мл регидратирующего раствора ($p=0,0001$), а при тяжелой — 2416,67 мл (по сравнению с легкой степенью тяжести $p=0,0099$, по сравнению со средней — $p=0,0011$).

При легком течении ОГЭ объем ПРТ составил 500,00 мл (всего 2 пациента), а при средней степени тяжести — 717,95 мл ($p=0,7147$).

Таким образом, ПРТ в наибольшем объеме проводилась при легком течении сальмонеллеза, больным назначали в среднем более 3 л регидратирующих средств в сутки (3562,50 мл). От 2 до 3 л в сутки получали больные при легком течении ОД (2125,00 мл) и ОЭК (2750,00 мл), а также при тяжелом течении САЛ (2416,67 мл). Более 1 л, но менее 2 л в сутки назначали при средней тяжести ОД (1075,79 мл), САЛ (1295,80 мл), ОЭ (1550,00 мл) и легком течении ОЭ (1833,33 мл). До 1 л жидкости назначали при легком течении ОГЭ (500,00 мл) и ОГЭК (750,00 мл), средней степени тяжести ОГЭ (717,95 мл), ОЭК (754,93 мл) и ОГЭК (820,19 мл), а также тяжелом течении ОЭК (750,00 мл), ОД (875,00) и ОГЭК (1000,00 мл).

В связи с преобладанием в выборке больных со среднетяжелым течением заболевания оценка статистических различий была возможна лишь для этой группы пациентов. Различия в объеме ПРТ при ОЭ (1550,000 мл) и САЛ (1295,80 мл) были недостоверны ($p=0,177245$), но эти показатели были достоверно больше, чем при ОД (1075,79 мл; $p=0,0093$ по сравнению с ОЭ и $p=0,0091$ по сравнению с САЛ).

При остальных вариантах диарейной инфекции объемы назначавшихся регидратирующих растворов были существенно меньше: ОГЭК (820,19 мл), ОЭК (754,93 мл) и ОГЭ (717,95 мл).

Доля больных с тяжелым течением в ЛПУ № 2 была существенно меньше, однако доля больных, получавших регидратационные средства перорально, составила всего 50,16%. Обращает на себя внимание низкая частота назначения ПРТ больным с легкой и средней степенью тяжести ОД (16,03% и 35,96% соответственно), легким ОЭК (48,65), а также при САЛ.

Менее 3 суток ПРТ проводилась при ОГЭК легкой степени тяжести (2,89 сут), ОЭ средней тяжести (2,50 сут) и ОГЭК при тяжелом течении (2,50 сут). Только при ОД длительность ПРТ увеличивалась вместе с нарастанием тяжести заболевания. И именно при тяжелом течении ОД длительность ПРТ была максимальной — 13,00 сут. За исключением больных ОЭ, в ЛПУ № 2 максимальной длительность ПРТ была при средней степени тяжести течения заболевания.

Длительность пероральной регидратационной терапии (ПРТ) при легком и среднетяжелом течении ОД достоверных различий не имела. При легком течении болезни этот показатель составил 6,00 суток, а при среднетяжелом — 6,76 сут ($p=0,4064$). При тяжелом течении пероральная регидратационная терапия проводилась у 4 пациентов в среднем в течение 13,00 сут, что достоверно больше по сравнению с легким ($p=0,0001$) и среднетяжелым течением болезни ($p=0,0003$).

При ОЭ длительность пероральной регидратационной терапии достоверно не отличалась и составила при легком течении 3,67 суток и средней степени тяжести — 2,50 суток ($p=0,4947$).

Дольше всего при ОЭК ПРТ проводилась при средней степени тяжести заболевания — 4,38 суток, в то время как при легком и тяжелом течении этот показатель составил 3,39 и 3,00 суток соответственно. Различия были недостоверны.

При ОГЭК, несмотря на некоторые различия в показателях, достоверных различий выявлено не было. Так, при легкой степени тяжести длительность ПРТ составила 2,89 суток, средней — 4,09 суток и тяжелой — 2,50 суток.

При сальмонеллезе выявлена та же тенденция — длительность ПРТ была максимальной при средней степени тяжести болезни 3,58 суток, однако этот показатель не имел достоверных отличий от такового при легком — 3,00 суток и тяжелом течении диарейной инфекции — 3,33 суток.

При ОГЭ длительность ПРТ при легком и средней степени тяжести течения болезни составили 5,75 суток и 6,92 суток соответственно ($p=0,3019$).

При легком течении ОД объем ПРТ составил 1036,84 мл, при средней степени тяжести — 940,32 мл и при тяжелом течении 1125,00 мл, различия были недостоверны. Средний объем ПРТ составил 987,96 мл.

Частота, длительность и среднесуточный объем пероральной регидратационной терапии при острых кишечных инфекциях в ЛПУ № 2

Диагноз	Тяжесть течения заболевания	Пероральная регидратационная терапия (ПРТ)		
		Частота проведения, %	Длительность, М ± m, сут	Объем, М ± m, мл
Острая дизентерия	легкая	16,03	6,00±0,83	1036,84±77,31
	средняя	35,96	6,76±0,82	940,32±75,72
	тяжелая	80,00	13,00±2,74	1125,00±125,00
Острый энтерит	легкая	87,10	3,67±0,27	1462,96±90,61
	средняя	100,00	2,50±0,29	2250,00±144,34
Острый энтероколит	легкая	48,65	3,39±0,36	1284,38±85,09
	средняя	57,14	4,38±0,47	1520,00±145,14
	тяжелая	50,00	3,00	2000,00
Острый гастроэнтероколит	легкая	67,05	2,89±0,19	1473,08±70,98
	средняя	78,33	4,09±0,64	1689,36±86,95
	тяжелая	100,00	2,50±0,50	2250,00±750,00
Сальмонеллез	легкая	63,64	3,00±0,53	1100,00±100,00
	средняя	65,00	3,58±0,26	1409,09±185,11
	тяжелая	75,00	3,33±0,33	2166,67±166,67
Острый гастроэнтерит	легкая	95,24	5,75±0,88	623,53±16,11
	средняя	100,00	6,92±1,67	723,08±48,24
Все группы		50,16	4,43±0,21	1327,74±34,78

М – среднее значение; m – стандартная ошибка среднего значения.

При легкой степени тяжести ОЭ среднесуточный объем ПРТ составил 1462,96 мл, в то время как при средней степени тяжести – 2250,00 мл (различия были недостоверны, $p = 0,0742$). Каждый пациент в среднем получал 1564,52 мл жидкости.

При ОЭК различия в объемах ПРТ не были достоверны, пациенты с легким течением болезни получали 1284,38 мл жидкости, при средней степени тяжести – 1520,00 мл и при тяжелом течении – 2000,000 мл. Средний объем ПРТ составил 1372,92 мл в сутки.

При ОГЭК среднесуточный объем ПРТ составил 1589,11 мл, при этом больные с легким течением заболевания получали 1473,08 мл, при средней степени тяжести – 1689,36 мл и при тяжелом – 2250,00 мл.

При САЛ объем ПРТ при легкой степени тяжести составил 1100,00 мл, средней – 1409,09 мл и тяжелой – 2166,67 мл. Различия были недостоверны, в среднем по группе – 1447,37 мл.

При легком течении ОГЭ объем ПРТ был сопоставим с таковым при средней степени тяжести – 623,53 и 723,08 мл соответственно ($p = 0,7425$). В среднем – 666,67 мл.

Таким образом, менее 1 л регидратирующих средств назначали пациентам с легким течени-

ем ОГЭ (623,53 мл) и при среднетяжелом течении ОГЭ (723,08 мл) и ОД (940,32 мл). В большинстве же случаев проведения ПРТ больные получали от 1 до 1,5 л жидкости: при легком течении, за исключением ОГЭ, средней степени тяжести САЛ (1409,09 мл), ОЭК (1520,00 мл) и ОГЭК (1689,36 мл) и при тяжелом течении ОД (1125,00 мл).

Только при тяжелом течении ОЭК (2000,00 мл), САЛ (2166,67 мл) и ОГЭК (2250,00 мл), а также при ОЭ средней степени тяжести (2250,00 мл) средний суточный объем ПРТ превышал 2 л.

В ЛПУ № 2, за исключением больных острой дизентерией, в отличие от ЛПУ № 1, была выявлена противоположная тенденция – с увеличением тяжести заболевания среднесуточный объем ПРТ не уменьшался, а наоборот, несколько увеличивался. В связи с относительно небольшим числом больных с тяжелым течением кишечной инфекции оценка достоверности различий была затруднена. Наибольший объем ПРТ назначался пациентам с преобладанием в клинической картине заболевания синдрома энтерита.

Достоверные различия в длительности ПРТ в ЛПУ № 1 и ЛПУ № 2 выявлены лишь в четырех группах больных. Длительность ПРТ в ЛПУ № 1

была больше при ОГЭ легкой степени тяжести (17,00 сут и 5,75 суток, $p=0,0001$) и САЛ средней степени тяжести (6,20 и 3,58 суток, $p=0,006167$), в то время как в ЛПУ № 2 – при ОГЭ средней степени тяжести (2,90 суток против 6,92, $p=0,0001$) и тяжелом течении ОД (2,50 суток против 13,0, $p=0,0001$).

В 5 группах пациентов выявлены достоверные различия в объеме ПРТ. В большем объеме ПРТ проводилась в ЛПУ № 1 при легких формах ОД (2125,00 мл и 1036,84 мл, $p=0,0017$), ОЭК (750,00 мл и 1284,38 мл, $p=0,0146$) и САЛ (3562,50 мл и 1100,00 мл, $p=0,0001$), в то время как в ЛПУ № 2 при средней степени тяжести ОЭК (754,93 мл и 1520,00 мл, $p=0,0011$) и ОГЭК (820,19 мл и 1689,36 л, $p=0,0001$).

Значительный средний объем ПРТ при САЛ и ОД в группе пациентов ЛПУ № 1 получен преимущественно за счет пациентов центра № 7 (Рязань), в котором при необходимости пероральная регидратация при САЛ проводилась в среднем в объеме 4500 мл в сутки, а при ОД – 4315,8 мл. В то же время в ЛПУ № 2 лишь в центре № 11 объем ПРТ при САЛ был менее 1000 мл, а при ОД только в центре №10 составил 1625,0 мл.

Таким образом, в ЛПУ № 2 длительность и объем ПРТ в большей степени соответствовали тяжести состояния больного и выраженности явлений энтерита по сравнению с ЛПУ № 1.

При установленной степени тяжести острой кишечной инфекции пероральная регидратационная терапия проводилась достоверно чаще в ЛПУ № 1 – 84,67% и 57,2% соответственно ($p < 0,001$). Чаще всего этот вид лечения получали больные при средней степени тяжести заболевания – 83,27%, и реже при легкой (57,85%, $p < 0,001$) и еще реже при тяжелой – 32,1% ($p < 0,001$). Максимальная частота назначения этого вида терапии была в ЛПУ № 1 при средней степени тяжести – 89,99%, а в ЛПУ № 2 при тяжелой – 76,92%. В ЛПУ № 1 регидратационные препараты назначались достоверно реже при тяжелом течении – 23,53% ($p < 0,001$), а в ЛПУ № 2 при легком течении – 55,41% – по сравнению с другими группами пациентов ($p < 0,05$).

Средняя продолжительность пероральной регидратации составила $4,0 \pm 3,2$ дня при легкой степени тяжести, $5,3 \pm 3,5$ – при средней степени тяжести и $5,7 \pm 4,7$ дня – при тяжелом течении. В среднем при легком течении заболевания пациенты получали $1423,7 \pm 828,6$ мл жидкости, $1092,6 \pm 884,7$ мл – при средней и $1652,2 \pm 1385,3$ мл – при тяжелой.

Все регидратирующие средства были объединены в две группы: официальные препараты и так называемые домашние средства. Доля первых составила 61,98%. Всего пациентам было сделано 1413 назначений.

В структуре официальных препаратов 47,71% назначений пришелся на регидрон и 16,51% – ОРС (Оральная регидратационная соль). Цитроглюкосалан получали всего 1,26% пациентов. Среди домашних средств чаще всего применяли чай (28,28%), морсы (12,20%). В 1,11% случаев пациенты получали соки, а в остальных случаях указывалось обильное питье без указания конкретного препарата или раствора.

Заключение

Таким образом, в настоящее время, к сожалению, далеко не все больные острыми кишечными инфекциями получают рекомендованную Всемирной организацией здравоохранения пероральную регидратационную терапию. Как показал последующий анализ, в данной выборке пациентов соотношение больных, получавших только пероральные регидратационные растворы, к больным, получавшим только инфузионную терапию и к получавшим оба вида терапии, составило 1 : 6,8 : 2,4. В арсенале средств регидратационной терапии имеются как старые препараты (ОРС) с высокой осмолярностью, так и новые (Регидрон), обладающие меньшей осмолярностью.

Одним из важных направлений совершенствования терапии больных острыми кишечными инфекциями должна являться целенаправленная образовательная деятельность, направленная на повышение уровня осведомленности практикующих врачей в области современных возможностей регидратационной терапии.

Литература

1. <http://www.cdc.gov/nczved/>
2. Mead, P.S. Food-related illness and death in the United States / P.S. Mead // *Emerg. Infect. Dis.* – 1999. – 5: 607–625.
3. Snyder, J.D. The magnitude of the global problem of acute diarrhoeal disease: a review of active surveillance data / J.D. Snyder, M.H. Merson // *Bulletin of the World Health Organization*, 1982, 60: 605–613.
4. Claeson, M., Merson M.H. Global progress in the control of diarrheal diseases / M. Claeson, M.H. Merson // *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 1990, 9: 345–355.
5. Victora, C.G. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy / C.G. Victora [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78: 1246–1255.
6. Oral rehydration salts: production of the new ORS. – World Health Organization, 2006.

Контактная информация:

Захаренко С.М. тел.: 8 (812) 292-34-33, e-mail: zsm1@mail.ru