



АССОЦИАЦИЯ  
ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ

# ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

Научно-практический журнал  
Ассоциации педиатров-инфекционистов

■ ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТОВ  
ПРИ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

2010  
Том 9 · №2

ISSN 2072-8107  
ON-LINE ВЕРСИЯ [WWW.ELIBRARY.RU](http://WWW.ELIBRARY.RU)

# ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТОВ ПРИ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

А. В. ГОРДЕЕЦ, О. Ф. СЕДУЛИНА, А. А. ЧЕРНИКОВА, Л. Г. ЕРОХИНА

ГОУ ВПО ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА

Обследовано 142 ребенка с кишечным иерсиниозом и псевдотуберкулезом. При эндоскопическом и морфологическом исследованиях в динамике болезни выявлен воспалительный процесс слизистой желудка с преимущественной эозинофильно-клеточной инфильтрацией. Включение в комплексное лечение фитосорбента (мукофалька) оказывало saniрующее влияние на воспаленную слизистую оболочку желудка.

**Ключевые слова:** иерсиниоз, дети, фитосорбент

УДК @@@

**Контактная информация:** Гордеец Альвина Васильевна — д.м.н., проф. кафедры ВГМУ; 690001, Владивосток, ул. Пушкинская, д. 137; e-mail: tais359@mail.ru

## OPTIMISATION OF TREATMENT OF GASTRITISES IN PRESENCE OF YERSINIA INFECTION

A. V. GORDEETS, O. F. SEDULINA, A. A. TCHERNIKOVA, L. G. YEROKHINA

VLADIVOSTOK STATE MEDICAL UNIVERSITY

We surveyed 142 patients ailing with intestinal yersiniosis and pseudotuberculosis. Inflammatory process of intestine mucous membrane with primary eosinophile cellular infiltration was revealed in the course of disease by endoscopic and morphological tests. Inclusion of a pharmacological phytosorbent (Mukophalk) in complex treatment had sanifying effect on inflamed mucous membrane of a stomach.

**Key words:** yersiniosis, children, phytosorbent

Иерсиниозы (псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз) достаточно широко распространены. В их диагностике и лечении большое значение имеет полиморфизм клиники, полиорганность поражений. Нередко наблюдается длительная персистенция антигена, имеет место формирование иммунопатологических реакций [1], что способствует поражению внутренних органов и систем [4]. Если клиника острого периода иерсиниозов относительно изучена, и врач может на догоспитальном этапе увидеть симптомы указанных инфекций, то степень поражения внутренних органов, динамика их изменений не известна. С учетом преимущественного поражения желудочно-кишечного тракта при иерсиниозах представляет интерес изучение характера повреждения слизистой желудка в динамике иерсиниозной инфекции. Значение инфекционного фактора в реализации хронических гастритов длительное время недооценивалось, хотя в последнее время много внимания уделяется хеликобактерной инфекции. Однако, Р. Ф. Езерский и др. (2001) утверждают, что хеликобактерная природа хронических гастритов не может быть единственной [2]. Необходимо учесть, что иерсинии активно проникают через слизистую оболочку желудка, что они обладают уреазной активностью [3], которая характерна для хеликобактерной инфекции и которая является основным фактором для развития хронической гастропатологии. В лечении иерсиниозов несомненная роль принадлежит антибактериальной терапии, назначение которой нередко определяет исход болезни. Применение антибиотиков широкого спектра в острый период заболевания в свою очередь влияет на биоценоз кишечника, формирование полирезистентности возбудителя к используемым средствам и т. д. В связи с этим на современном этапе уделяется внимание фитосорбентам, естественным растительным препаратам, которые показаны и назначаются в терапии инфекционных заболеваний у детей.

Целью работы было установить характер и степень поражения слизистой желудка при иерсиниозах у детей для определения эффективности фитопрепаратов (мукофальк) в лечении этих больных.

### Материалы и методы исследования

Работа осуществлена на кафедре детских инфекционных болезней ВГМУ на базе детских инфекционных отделений № 1 и № 2 Городской клинической больницы (ГКБ) № 2 г. Владивостока. Проведено клиническое наблюдение за 142 детьми в возрасте от 7 до 14 лет, больными иерсиниозами (псевдотуберкулезом — 64 ребенка, кишечным иерсиниозом — 78). Инструментальное исследование слизистой оболочки же-

лудка проводилось на базе Регионального Российско-Японского эндоскопического центра ГКБ № 2. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) осуществлялась по методике Г. Б. Гершмана (1980) аппаратом фирмы «Olympus», которая позволяла последовательно в течение одной процедуры осмотреть пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку и при необходимости произвести прицельную биопсию слизистой оболочки желудка для морфологического и бактериологического исследования. В соответствии с Сиднейской системой брали по 2 биоптата из антрального отдела желудка (2—3 см от привратника по большой и малой кривизне), по 2 — из тела желудка (по большой и малой кривизне примерно в 8 см от кардии) и 1 — из угла желудка.

Морфологические исследования биоптатов слизистой оболочки желудка осуществлялись в межкафедральной научно-исследовательской лаборатории кафедры патологической анатомии. Для оценки морфологических изменений (нейтрофильной или мононуклеарной инфильтрации, стадии атрофии и кишечной метаплазии) были использованы эталоны визуально-аналоговой шкалы Новой международной классификации гастрита.

Для оценки вариантов лечения использован фитопрепарат «Мукофальк» фирмы «Фальк-Фарма» (Германия), активным компонентом которого является оболочка семян подорожника *Plantago ovata*. Больные (50 детей) получали по 1 пакетик (5 грамм) 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 10 дней. В последующие 10 дней мукофальк давали по 2 пакетика в день за 30 минут до еды и еще 10 дней по 1 пакетик в день. Непосредственно перед употреблением порошок разводился водой и запивался обильно водой. Дети контрольной группы (51 человек) получали только «традиционную» антибактериальную терапию. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и группе здоровья.

### Результаты и их обсуждение

При анализе эндоскопической картины желудка (табл. 1) мы выявили воспалительно-измененную слизистую оболочку у всех иерсиниозных больных (как при псевдотуберкулезе, так и при кишечном иерсиниозе). При псевдотуберкулезной инфекции в первые дни заболевания с одинаковой частотой встречался как антрум-гастрит, у так и пангастрит ( $50,0 \pm 11,8\%$ ). При гастрите антрального отдела эритематозные изменения слизистой оболочки были найдены в 16,7% наблюдений, а более глубокие (эрозии, атрофии и гиперпластические процессы) в сумме составили 33,3%. При пангастрите различий в глубине поражения слизистой в этот период выявлено не было, эритематозные и эрозивные изменения слизистой

Таблица 1. ЭФГДС больных псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом в разные сроки болезни

Характер эндоскопических изменений	Больные псевдотуберкулезом					Больные кишечным иерсиниозом				
	Частота эндоскопических изменений				p	Частота эндоскопических изменений				p
	Первые 3—4 дня (n = 18)		Конец 1-ой—2-ая неделя (n = 23)			Первые 3—4 дня (n = 32)		Конец 1-ой—2-ая неделя (n = 34)		
	Абс.	P ± m <sub>p</sub> , %	Абс.	P ± m <sub>p</sub> , %	> 0,05	Абс.	P ± m <sub>p</sub> , %	Абс.	P ± m <sub>p</sub> , %	
Антрумгастрит (всего):	9	50,0 ± 11,8	5	21,7 ± 8,6	> 0,05	21	65,6 ± 8,4	9	26,5 ± 7,6	< 0,001
— эритематозный	3	16,7 ± 8,8	1	4,3 ± 4,2	> 0,05	13	40,6 ± 8,7	4	11,8 ± 5,5	< 0,01
— эрозивный	3	16,7 ± 8,8	2	8,7 ± 5,9	> 0,05	6	18,8 ± 6,9	3	8,8 ± 4,9	> 0,05
— с гиперплазией	2	11,1 ± 7,4	—	—	—	—	—	2	5,9 ± 4,0	—
— атрофический	1	5,6 ± 5,4	2	8,7 ± 5,9	> 0,05	2	6,3 ± 4,3	—	—	—
Пангастрит (всего):	9	50,0 ± 11,8	18	78,3 ± 8,6	> 0,05	11	34,4 ± 8,4	25	73,5 ± 7,6	< 0,001
— эритематозный	5	27,8 ± 10,6	8	34,8 ± 9,9	> 0,05	4	12,5 ± 5,8	17	50,0 ± 8,6	< 0,001
— эрозивный	4	22,2 ± 9,8	7	30,4 ± 9,6	> 0,05	4	12,5 ± 5,8	7	20,6 ± 6,9	> 0,05
— атрофический	—	—	3	13,0 ± 7,0	—	3	9,4 ± 5,2	1	2,9 ± 2,9	> 0,05

встречались в 27,8 и 22,2% наблюдений соответственно. С течением псевдотуберкулеза на второй неделе заболевания мы наблюдали рост распространенности патологического процесса в слизистой оболочке желудка у детей. На первый план выступал пангастрит (78,3 ± 8,6%), патологические изменения слизистой, ограниченные антральной областью желудка, встречались в 21,7 ± 8,6% случаев.

Эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка у детей, больных кишечным иерсиниозом, не имела достоверных отличий от таковой у больных псевдотуберкулезом. С первых дней заболевания наблюдались признаки воспаления в слизистой оболочке желудка, достигая своего максимального развития к концу первой недели, на второй неделе болезни. Затем, с течением времени патологические изменения слизистой становились более глубокими и обширными.

Оценку гистологического варианта гастрита проводили согласно рекомендациям IX Международного конгресса гастроэнтерологов с последующими дополнениями — модифицированной Сиднейской системой. При морфологическом изучении биоптатов слизистой оболочки желудка у детей, больных псевдотуберкулезом (табл. 2), мы отмечали, что признаки хронического гастрита определялись у всех пациентов. Причем, преобладал неатрофический гастрит, когда отмечалась инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки плазматическими клетками и лимфоцитами, увеличение общего числа тучных клеток с преобладанием дегранулированных форм. Частота атрофических изменений желез желудка (19,5 ± 6,2%) и кишечной метаплазии (4,9 ± 3,4%) не отличались от данных, полученных другими авторами. При бактериоскопическом исследовании депарафинированных срезов после окраски по Романовскому-Гимза бактерии (хеликобактер и др.) не были обнаружены. При морфологическом исследовании слизистой оболочки желудка у детей, больных кишечным иерсиниозом, также, как и при псевдотуберкулезе, определялись изменения слизистой оболочки желудка, соответствующие хроническому гастриту. Причем, преобладал неатрофический гастрит. Атрофия и склероз слизистой оболочки встречались довольно редко, а истинной гипертрофии не было выявлено ни у одного ре-

бенка. Интересным представляется тот факт, что так же, как и при псевдотуберкулезе, с большой частотой выявлялась эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка (84,8 ± 4,4%). По-видимому, это связано с повышенной аллергизацией организма в остром периоде инфекционного процесса.

На фоне лечения фитосорбентом «Мукофальк», активным компонентом которого является оболочка семян подорожника *Plantago ovata*, эндоскопическое исследование слизистой оболочки желудка показало значительное уменьшение распространенности патологических процессов. При антрумгастрите диффузная гиперемия слизистой оболочки наблюдалась лишь в 5,0 ± 4,9% случаев, если лечение было с использованием мукофалька, в то время как в группе больных, находившихся на традиционном лечении, диффузно-гиперемированная слизистая выявлялась в 38,1 ± 10,6% (p < 0,05). Сохранились лишь очаговые изменения слизистой антрального отдела желудка (50,0 ± 11,2%). На второй неделе лечения с включением мукофалька полностью исчезал отек слизистой оболочки желудка, эрозии сохранялись в 10,0 ± 6,7% случаев, но находились в стадии рубцевания. При пангастрите сохранялись очаговые изменения слизистой оболочки (45,5 ± 11,1%), эрозии также, как и при антральном гастрите, были в стадии рубцевания.

Эффективность применения в комплексной терапии мукофалька отчетливо констатировалась при морфологическом ис-

Таблица 2. Морфологическая картина слизистой оболочки желудка детей, больных псевдотуберкулезом (n = 41)

Морфологический признак	Частота встречаемости признака	
	Абс.	P ± m <sub>p</sub> , %
Мононуклеарная инфильтрация	41	100 ± 0,0
Инфильтрация нейтрофилами	38	92,7 ± 4,1
Инфильтрация эозинофилами	19	46,3 ± 7,8
Атрофия	8	19,5 ± 6,2
Склероз	3	7,3 ± 4,1
Кишечная метаплазия	2	4,9 ± 3,4

следовании биопатов слизистой оболочки желудка в динамике болезни. Так, на фоне традиционной антибактериальной терапии мы не наблюдали выраженного снижения активности процесса в слизистой оболочке желудка у детей, больных псевдотуберкулезом. В инфильтрации слизистой нейтрофилами наблюдалась положительная динамика, однако она была у большинства больных умеренно выраженной ( $42,9 \pm 10,8\%$ ). На достаточно высоком уровне сохранялась инфильтрация слизистой оболочки желудка мононуклеарами. Так, больше половины больных имели умеренно выраженную мононуклеарную инфильтрацию слизистой ( $52,4 \pm 10,9\%$ ), сильная и слабая инфильтрация слизистой наблюдалась соответственно в  $19,0 \pm 8,6\%$  и  $28,6 \pm 9,9\%$  случаев. На фоне применения мукофалька в комплексной терапии псевдотуберкулеза была явная положительная динамика. Преобладала слабая инфильтрация слизистой оболочки желудка ( $70,0 \pm 10,2\%$ ); умеренно выраженная инфильтрация слизистой сохранялась лишь в  $30,0 \pm 10,2\%$  случаев, а сильно инфильтрированной слизистой выявлено не было. В мононуклеарной инфильтрации слизистой оболочки желудка наблюдалась аналогичная динамика. Почти во всех случаях после лечения мукофальком инфильтративные процессы были слабые ( $40,0 \pm 11,1\%$ ) или умеренно выраженные ( $55,0 \pm 11,1\%$ ).

Включение в комплекс лечения мукофалька 28 детям, больным кишечным иерсиниозом, выявило аналогичную клин-коморфологическую динамику. Наблюдалась не только более быстрая обратная динамика клинических симптомов, в том числе гастритических, но и ускорение репаративных процессов, а

при морфологическом исследовании биопатов слизистой оболочки желудка отмечалось значительное снижение активности патологических процессов при хроническом гастрите. Выраженной инфильтрации слизистой оболочки желудка нейтрофилами после лечения с применением мукофалька выявлено не было. В соответствии с Сиднейской системой нейтрофильная инфильтрация слизистой расценивалась в основном как слабая ( $67,9 \pm 8,7\%$ ) и лишь в  $32,1 \pm 8,8\%$  случаев как умеренная.

Таким образом, у детей, больных иерсиниозами (псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом), при эндоскопическом и морфологическом исследованиях в динамике болезни выявлен воспалительный процесс слизистой оболочки желудка с преимущественной эозинофильно-клеточной инфильтрацией. Включение в комплексное лечение фитосорбента «Мукофалька» оказывает санирующее влияние на воспаленную слизистую оболочку желудка.

#### Литература:

1. Исачкова Л. М. Взаимодействие *Iersinia pseudotuberculosis* с эпителием тонкой кишки при экспериментальной инфекции / Л. М. Исачкова, А. А. Жаворонков, Н. Ф. Тимченко // Бюл. эксперимент, биологии и медицины. — 1985, № 7. — С. 117. — 120.
2. Езерский Р.Ф. Гастродуоденит у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза / Р. Ф. Езерский, А. Л. Багданова // Росс. педиатр. журнал. — 2001. — № 2. — С. 11—14.
3. Беседнова Н.Н. Рецидивы псевдотуберкулеза и их прогнозирование / Н. Н. Беседнова, Г. П. Сомов // Эпидемиология и инф. болезни. — 2000. — № 2. — С. 52—56.
4. Учайкин В. Ф. Иерсиниозы у детей / В. Ф. Учайкин, А. В. Гордеец, С. Н. Бениова. — М: ГЭОТАР — Медиа, 2005. — 143 с.

## Мукофальк® гранулы в пакетиках по 5 г

**Натуральный регулятор функции кишечника с гиполипидемическим действием**

Действующее вещество: оболочка семян подорожника овального (*Plantago ovata*, псиллиум)

- Хронический запор
- Запоры при беременности и после родов
- Синдром раздраженного кишечника
- Диарея (поддерживающая терапия)
- Дивертикулярная болезнь
- Гиперхолестеринемия
- Геморрой и анальные трещины
- Послеоперационный период
- Язвенный колит и болезнь Крона
- Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника
- Алиментарное ожирение / избыточный вес (в составе комплексной терапии)



Dr. Falk Pharma GmbH  
Leinenweberei 5  
D-79041 Freiburg  
Germany

[www.dr.falkpharma.ru](http://www.dr.falkpharma.ru)

Представительство компании  
«Доктор Фальк Фарма ГмБХ», Германия:  
127055, Москва, ул. Бутырский Вал, 68/70, стр. 4, 5  
Тел./факс: +7 (495) 933-9904  
E-mail: [info@drfalkpharma.net](mailto:info@drfalkpharma.net); [www.dr.falkpharma.ru](http://www.dr.falkpharma.ru)

Все о Мукофальке на сайте  
<http://www.mucofalk.ru>