

Plantago ovata (Мукофальк®) в терапии гастритов при иерсиниозах

А.В. Гордеев, О.Ф. Седулина, А.А. Черникова, Л.Г. Ерохина
Владивостокский государственный медицинский университет

Мы обследовали 142 ребенка больных кишечным иерсиниозом и псевдотуберкулезом. При эндоскопическом и морфологическом исследовании 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.

Иерсиниозы (псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз) достаточно распространены. В их диагностике и лечении большое значение имеет полиморфизм клиники, полиорганный характер 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 характер и степень поражения внутренних органов, динамика их изменений не известна. Учитывая преимущественное поражение желудочно-кишечного тракта при иерсиниозах, представляет интерес изучение степени 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 с соавт. (2001) утверждает, что хеликобактерная природа хронических гастритов не может быть единственной [2]. Необходимо учесть, что иерсинии активно проникают через слизистую оболочку желудка, что они обладают урезной активностью [3], которая характерна для хеликобактерной инфекции, и которая является основным фактором для развития хронической гастроэнтерологической патологии. 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, полирезистентность возбудителя к используемым средствам и т.д. Соответственно на современном этапе уделяется внимание фитосорбентам, естественным растительным препаратам, которые назначаются и показаны 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 больных.

Материалы и методы исследований

Работа осуществлена на кафедре детских инфекционных болезней Владивостокского ГМУ на базе детских инфекционных отделений № 1 и № 2 Городской клинической больницы (ГКБ) № 2 Владивостока. Проведено клиническое наблюдение за 142 детьми в возрасте от 7 до 14 лет, больных иерсиниозами (псевдотуберкулезом – 64 ребенка, кишечным иерсиниозом – 78 детей). Инструментальное исследование слизистой оболочки желудка проводилось на базе Регионально-

го Российско-Японского эндоскопического центра ГКБ № 2. Эзофагогастродуоденоскопия 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 коррекции лечения использован лекарственный фитопрепарат «Мукофальк®» («Др. Фальк Фарма ГмбХ», Германия), активным компонентом которого является оболочка семян подорожника *Plantago ovata*. Больные (50 детей) получали по 1 пакетик (5 г) 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 мин до еды и еще 10 дней по 1 пакетик в день. Непосредственно перед употреблением порошок разводился водой и запивался обильно. 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 слизистой оболочки 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 антрал-гастрит, так и пангастрит ($50,0 \pm 11,8\%$). В это время 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 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 ($78,3 \pm 8,6\%$), патологические изменения слизистой, ограниченные антральной областью желудка, встречались в $21,7 \pm 8,6\%$ случаев.

Эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка у детей, больных кишечным иерсиниозом, не имела достовер-

ных различий от таковой у больных псевдотуберкулезом. С первых дней заболевания наблюдались признаки воспаления в слизистой оболочке желудка, достигая своего максимального развития к концу первой, на второй неделе болезни. Затем, с течением времени патологические изменения слизистой становились более глубокими и обширными.

Оценку гистологического варианта гастрита проводили согласно рекомендациям девятого Международного конгресса гастроэнтерологов с последующими дополнениями – модифицированной Сиднейской системой. При морфологическом изучении биоптатов слизистой оболочки желудка у детей, больных псевдотуберкулезом (табл. 2), мы выявили, 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 ($19,5 \pm 6,2\%$) и кишечной метаплазии ($4,9 \pm 3,4\%$) на собственном материале не отличались от данных, полученных другими авторами. При бактериоскопическом исследовании депарафинированных срезов после окраски по Романовскому-Гимзе, 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 встречался довольно редко, а истинной гипертрофии не было выявлено ни у одного ребенка. Интересным представляется тот факт, что так же, как и при псевдотуберкулезе, на достаточно высоком уровне выявлялась эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка ($84,8 \pm 4,4\%$). По-видимому, это связано с повышенной аллергизацией организма в острый период инфекционного процесса.

Учитывая проблемы лечения инфекционных заболеваний у детей, а также выявленные воспалительные процессы в слизистой оболочке желудка у детей, больных иерсиниозами, мы использовали препарат «Мукофальк®» – фитосорбент, активным компонентом которого является оболочка семян подорожника *Plantago ovata* («Др. Фальк Фарма ГмбХ», Германия). Эндоскопическое исследование слизистой оболочки желудка на фоне лечения показало значительное сокращение распространенности патологических процессов. При антрум-гастрите диффузная гиперемия слизистой оболочки наблюдалась лишь в $5,0 \pm 4,9\%$ случаев, если лечение было с использованием мукофалька, в то время как в группе больных, находившихся на традиционном лечении, диффузно гиперемированная слизистая выявлялась в $38,1 \pm 10,6\%$ ($p < 0,05$). Сохранялись лишь очаговые изменения слизистой антрального отдела желудка ($50,0 \pm 11,2\%$). На второй неделе лечения с включением мукофалька полностью исчезал отек слизистой оболочки желудка, эрозии сохранялись в $10,0 \pm 6,7\%$ случаев, но находились в стадии рубцевания. При пангастрите сохранялись очаговые изменения слизистой оболочки ($45,5 \pm 11,1\%$), эрозии также как и при антральном гастрите были в стадии рубцевания. Эффективность применения в комплексной терапии мукофалька была хорошо заметна при морфологическом исследовании био-

птатов 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 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 слабыми ($40,0 \pm 11,1\%$) или умеренно выраженные ($55,0 \pm 11,1\%$).

Включение в комплекс лечения мукофалька 28 детям, больных кишечным иерсиниозом, выявило аналогичную клинкоморфологическую динамику. Наблюдалась не только более быстрая обратная динамика клинических симптомов, в том числе гастритических, но и объективно, при эндоскопическом исследовании ускорение репаративных процессов, а при морфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка 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 выявляется воспалительный процесс слизистой оболочки желудка с преимущественной эозинофильно-клеточной инфильтрацией. Включение в комплексное лечение препарата «Мукофальк®» на основе оболочки семян *Plantago ovata* 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 // Рос. 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. Гордеев, С.Н. Бениова // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 143 с.