

Эффективность «Пробифора» в комплексном лечении ОРВИ у детей.

Феклисова Л.В., Шебекова В.М.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

В группе инфекционных болезней с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителя доминирующее значение имеют острые респираторные инфекции. По данным министерства здравоохранения России на их долю приходится свыше 90% всех регистрируемых инфекционных заболеваний. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самыми распространенными заболеваниями в детском возрасте. Ежегодно в нашей стране регистрируется более 20 миллионов детей больных ОРВИ. У детей раннего возраста ОРВИ протекают особенно тяжело и вызывают наибольшее число осложнений, таких как пневмония, бронхолит, инфекционно-токсический шок, синдром крупа. Поэтому проблема оптимизации лечения этой патологии безусловно является актуальной.

Известно, что у ряда пациентов детского возраста, переносящих респираторно-вирусные инфекции, особенно у часто болеющих детей, больных, получающих антибиотики, имеется недостаточность по ряду факторов иммунитета, связанная в том числе с изменениями в микробиоценозе желудочно-кишечного тракта (1). В свою очередь такой класс препаратов, как пробиотики, включающие живые бактерии нормальной микрофлоры (бифидобактерии, лактобациллы и др.), способен корригировать микробиологические нарушения и оказывать иммуномодулирующий эффект (2,6,7,8). Так, при ряде патологических состояний, в том числе при осложненном течении ОРВИ у детей, доказано иммунокорректирующее действие бифидумбактерина форте на сниженные показатели Т- и В-клеточного иммунитета, на повышение avidности антител периферической крови, на способность к усилению индукции интерферонов (5,6). Бифидумбактерин форте относится к группе сорбированных пробиотиков. В создании этих препаратов использована универсальная способность бактерий к адгезии (прилипанию). Отечественными учеными и производителями разработан высокотехнологический процесс колонизации бактерий нормофлоры на специально подобранном сорбенте, повышающий их биодоступность вследствие создания микроколоний, подобных естественным. Такие микроколонии получают преимущества для размножения в кишечнике. В клинических исследованиях показан выраженный дезинтоксикационный эффект при лечении острых кишечных инфекций бифидумбактерином форте, повышающийся при увеличении дозы сорбированных бифидобактерий (3,9). Детоксикация осуществляется как за счет связывания и деградации токсинов и уменьшения токсинообразующего пула микроорганизмов, так и за счет снижения проницаемости кишечного барьера для микробов и их токсинов [4,5]. Свойство детоксикации немаловажно в уменьшении интоксикационного синдрома при инфекциях, включая ОРВИ.

Учитывая иммуномодулирующие и дезинтоксикационные свойства сорбированных пробиотиков представляло интерес изучить действие нового препарата пробифор при ОРВИ у детей.

В одном пакете пробифора содержится лиофильно высушенная, очищенная от среды выращивания микробная масса живых бактерий антагонистически активного штамма *Bifidobacterium bifidum* №1, иммобилизованных на частицах активированного измельченного угля – не менее 5×10^8 КОЕ (колониобразующих единиц) бифидобактерий, и не более 0,89 г молочного сахара лактозы, необходимого для роста бактерий нормофлоры.

Клинические исследования терапевтической и профилактической эффективности пробиотика пробифор проводились в отделении респираторной патологии больницы им. Св. Владимира сотрудниками отделения детских инфекций МОНИКИ.

Материалы и методы.

Клиническая эффективность пробифора определялась путем проведения сравнительного анализа двух групп больных ОРВИ. Основную группу составили 25 детей, в лечении которых наряду с базисной терапией применялся пробифор. Контрольную группу составили также 25 пациентов, получавших только базисную терапию (антибактериальные препараты, симптоматические средства, физиолечение). По возрастному составу, отягощенности преморбидного фона, диагнозам заболевания, качеству и составу базисной терапии основная и контрольная группа были сопоставимы (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика групп больных

Признаки	Группа, получавшая пробифор n=25		Контрольная группа n=25	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Возраст				
До 1 года	3	12	5	20
1 – 3 года	12	48	11	44
4- 7 лет	7	28	7	28
8 – 14 лет	3	12	2	8

Диагноз				
ОРВИ	12	48	13	52
ОРВИ, круп I-II ст.	11	44	9	36
ОРВИ, бронхит	2	8	3	12
Среднетяжелая форма	25	100	25	100
День болезни на момент госпитализации	2,26 ± 0,33		1,9 ± 0,14	
Преморбидный фон				
Частые ОРВИ	9	36	8	32
Пищевая и лекарственная аллергия	7	28	6	24

Заболевание у всех детей начиналось остро с повышения температуры, появления симптомов интоксикации, катара дыхательных путей и протекало в среднетяжелой форме. Лихорадка регистрировалась в 76% случаев. Другими наиболее частыми проявлениями интоксикации были вялость, снижение аппетита, бледность кожных покровов, отмечавшиеся у большинства детей (72%). Катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей характеризовались: гиперемией слизистой ротоглотки (у 100%), ринитом (у 100%), кашлем (у 96%). Почти у половины больных (44%) регистрировался симптомокомплекс стенозирующего ларинготрахеита: лающий характер кашля, осиплость голоса, затрудненный вдох.

Пробифор назначался в первый день поступления в стационар, в среднем на 2,26 день болезни, по 1 пакету 3 раза в сутки, курс терапии составил 2 дня.

Оценка терапевтической эффективности препарата проводилась путем сравнения продолжительности симптомов ОРВИ у детей основной и контрольной группы.

Сравнительный анализ продолжительности симптомов ОРВИ в двух группах показал, что использование в комплексной терапии больных препарата пробифор положительно влияло на течение заболевания (таблица 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика симптомов заболевания и их продолжительность у больных основной и контрольной групп

Симптомы	Группа, получавшая пробифор n=25			Контрольная группа n=25		
	Абс. число	%	Длительность в днях	Абс. число	%	Длительность в днях
Лихорадка	19	76	2,0 ± 0,23*	19	76	3,41 ± 0,12
Интоксикация	20	80	1,56 ± 0,13*	16	64	3,07 ± 0,08
Рвота	1	4	1,0	3	12	1,1 ± 0,11
Снижение аппетита	19	76	1,52 ± 0,61*	12	48	3,69 ± 0,29
Гиперемия ротоглотки	25	100	3,64 ± 0,06*	25	100	5,06 ± 0,16
Ринит	25	100	3,56 ± 0,23*	22	88	4,44 ± 0,34
Кашель	24	96	4,33 ± 0,21*	23	92	4,9 ± 0,16
Купирование стеноза гортани	11	44	1,72 ± 0,15	9	36	1,8 ± 0,09

Так, в группе больных, получавших пробифор, продолжительность лихорадочной реакции была в среднем на 1,4 дня короче и составила 2,0±0,23 дня против 3,41±0,12 дня (p<0,05). Также менее продолжительными были и другие симптомы интоксикации: вялость, снижение аппетита. Рвота регистрировалась редко у детей обеих групп и прекращалась в течение первых суток пребывания в стационаре. Прием пробифора способствовал укорочению сроков регистрации катаральных проявлений. Так, гиперемия слизистой ротоглотки в основной группе исчезала в среднем на 1,5 быстрее, чем в контрольной (3,64±0,06 дня и 5,06±0,16 дня соответственно, p<0,05). Продолжительность ринита и кашля также были достоверно короче (p<0,05) в основной группе, чем в контрольной. Стеноз гортани купировался в одинаковые сроки в обеих группах – не позднее вторых суток пребывания в стационаре.

Препарат хорошо переносился больными. Аллергических реакций и других побочных действий препарата не выявлено. В контрольной группе у 1 ребенка отмечалась аллергическая реакция на бисептол.

Продолжительность нахождения ребенка в стационаре при применении пробифора было в среднем на 1,8 дня меньше, чем в контрольной группе: 5,06±0,24 и 6,8±0,25 койко-дня соответственно (p<0,05).

Для изучения профилактической эффективности препарата проводился учет случаев реинфекции ОРВИ в условиях стационара и в течение 2 недель после выписки ребенка из отделения. В группе больных,

получавших пробифор, ухудшения состояния детей в стационаре в связи с наложением ОРВИ не отмечалось. Катамнестическое наблюдение за 10 больными выявило повторное заболевание респираторной инфекцией в последующие 2 недели у 1 ребенка (10%). Наблюдение за 20 детьми контрольной группы в катамнезе выявило 6 заболевших ОРВИ после выписки из стационара, что составило 30%.

Выводы.

Включение в комплексную терапию ОРВИ пробифора коротким курсом (3 пакета в сутки в течение 2 дней) приводит к более быстрому исчезновению основных симптомов заболевания: лихорадки, интоксикации, катаральных явлений.

Препарат хорошо переносится во всех возрастных группах детей и не дает побочных эффектов.

Пробифор оказывает профилактический эффект, снижая количество реинфекций ОРВИ.

ЛИТЕРАТУРА

Боковой А.Г., Гришина М.Э., Новикова М.Ю., Лыкова Е.А. Современная тактика применения пробиотиков при бактериальных осложнениях острых респираторных вирусных инфекций у детей. //Кремлевская медицина. - 1998.-№4.-С.34-37.

Бондаренко В.М., Рубакова Э.И., Лаврова В.А. Иммуностимулирующее действие бактерий, используемых в качестве основы пробиотиков. //Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол.-1998.-№5.-С.107-112.

Грачева Н.М., Щербаков И.Т., Аваков А.А., Мацулевич Т.В. Эффективность лечения острых кишечных инфекций, хронических болезней желудочно-кишечного тракта и вирусного гепатита В большими дозами отечественного бифидумбактерина форте. //Военно-медицинский журнал.-1999.-№5.-С.51-57.

Лыкова Е.А., Бондаренко В.М., Воробьев А.А., Суджан Е.В., Минаев В.И., Маликов В.Е. Бактериальная эндотоксинемия у детей с дисбактериозом кишечника. //Журн. микробиол, эпидемиол. и иммунобиол.-1999.-№3.-С.67-70.

Лыкова Е.А., Мурашова А.О., Бондаренко В.М., Лысиков Ю.А., Гевондян В.С., Хавкин А.И., Рытиков Ф.М., Пампура А.А. Нарушения микрофлоры кишечника и иммунитета у детей с аллергическими дерматитами и их коррекция.//Росс. педиатрич. журнал.-2000.-№2.-С.20-24.

Лыкова Е.А., Воробьев А.А., Боковой А.Г., Каражас Н.В., Евсеева Л.Ф., Рыбалкина Т.А. Нарушения микробиоценоза толстой кишки, иммунного и интерферонового статуса у детей с бактериальными осложнениями ОРВИ и результаты их коррекции большими дозами бифидумбактерина форте. // Антибиотики и химиотерапия. – 2000.-№10.-С.22-26.

Salminen S., Isolauri E., Salminen E. Clinical uses of probiotics for stabilizing the gut mucus barrier: successful strain and future challenges. //Antonie van Leeuwenhoek.-1996.-V.70.-N2-4.-P.347-358.

Sops-Pereyra B., Aattouri N., Lemonnier D. Role of food in the stimulation of cytokine production. //Am.J.Cpn.Nutr. - 1997.-V.66.-N2.-P.521S-525S.

Нисевич Н.И., Гаспарян М.О., Новокшенов А.А., Портнов О.Ю., Наджарян Н.А., Мацулевич Т.В. Применение ударных доз бифидумбактерина форте при острых кишечных инфекциях у детей. // Terra medica, СПб. – 1999. – № 1. – с. 30-31