

Лечение острых кишечных инфекций у детей с использованием пробиотиков.

Учайкин В.Ф., Новокшенов А.А.
Российский государственный медицинский университет.

Медицинская газета, № 79, 2002, С.10

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии детского возраста. В мире ОКИ ежегодно болеет более 1 млрд. человек, из которых 65-70% составляют дети. В России среди всех инфекционных заболеваний у детей ОКИ занимают 4-е место. Высокой остается смертность от кишечных инфекций, особенно в группе детей раннего возраста. Высокие показатели заболеваемости и смертности от кишечных инфекций детей, отсутствие эффективных вакцин для проведения активной иммунопрофилактики, быстрое распространение устойчивости возбудителей ОКИ к новым антибактериальным препаратам ставят на повестку дня необходимость поиска и разработки новых, безопасных и эффективных лекарственных средств и методов лечения.

Представленный конспект написан по материалам утвержденного МЗ РФ пособия для врачей «Лечение острых кишечных инфекций у детей препаратами бифидумбактерин форте и пробифор».

Введение.

По этиологическому принципу все ОКИ делят на три группы: кишечные инфекции бактериальной природы, вирусной природы и протозойной этиологии.

В последние годы отмечается изменение этиологической структуры ОКИ у детей, возрастает удельный вес заболеваний, обусловленных антибиотикорезистентными штаммами бактерий и вирусами.

Быстрое появление множественной хромосомной и эпизомной лекарственной устойчивости возбудителей ОКИ (шигеллы, сальмонеллы и т.д.), снижение клинической и санирующей эффективности антибиотико- и химиотерапии требуют пересмотра традиционных методов лечения. Исследованиями установлено, что широко используемые в клинической практике антибактериальные препараты (фуразолидон, гентамицин, полимиксин и т.д.) при ОКИ у детей не оказывают быстрого положительного влияния на динамику симптомов инфекционного токсикоза и диарейного синдрома. При этом антибиотико- и химиотерапия сопровождаются целым рядом негативных последствий данного лечения (иммуносупрессивный эффект, нарушение микробиоценоза кишечника, возникновение токсических и аллергических осложнений и т.д.).

В настоящее время продолжается поиск новых, безопасных и эффективных средств терапии ОКИ и методов их использования. В этом отношении особого внимания заслуживают пробиотики, в первую очередь изготовленные на основе живых лиофилизированных бифидобактерий. Этиопатогенетический эффект этих препаратов обусловлен не только непосредственным антагонистическим воздействием живых бифидобактерий в желудочно-кишечном тракте на широкий спектр патогенных и условно патогенных микроорганизмов, но и целым рядом других свойств. Исследованиями установлено, что бифидобактерии наряду с другими бактериями нормофлоры желудочно-кишечного тракта принимают активное участие в водно-солевом обмене, метаболизме углеводов, белков, липидов, нуклеиновых кислот, стероидов и других соединений; обладают морфокинетическим действием, участвуют в рециркуляции желчных кислот, продуцируют биологически активные соединения и принимают участие в иммуногенезе; обеспечивают колонизационную резистентность и предотвращают транслокацию патогенов, детоксицируют экзогенные и эндогенные субстраты и метаболиты, стимулируют синтез эндогенного интерферона, репаративные процессы в кишечнике и т.д.

В ходе клинических исследований установлено, что влияние бифидобактерий на многие физиологические функции макроорганизма, а также их терапевтическая эффективность при ОКИ как у детей, так и у взрослых больных находится в прямой зависимости от исходной концентрации вводимой суточной дозы и сроков от начала заболевания.

В связи с этим для внедрения в педиатрическую практику предлагается новый, безопасный и высокоэффективный метод лечения ОКИ у детей пробифором (3 пакетика в сутки) или бифидумбактерином форте в повышенной суточной дозе (30 пакетиков) 1-3-дневным курсом как альтернатива антибиотико- и химиотерапии (В одном пакетике бифидумбактерина форте содержится не менее 5×10^7 КОЕ (колониобразующие единицы) бифидобактерий, в одном пакетике пробифора – не менее 5×10^8 КОЕ).

Механизм этиопатогенетического действия этих пробиотиков отличается от действия не только антибиотиков и химиопрепаратов, но и других бифидосодержащих препаратов. Искусственно созданные на микрочастицах активированного угля микроколонии за счет химических и электростатических сил интенсивно взаимодействуют с пристеночным слоем слизистой кишечника и активно адгезируются на нем. Объединение бифидобактерий в микроколонии (в отличие от «обычного» бифидумбактерина) обеспечивает их высокую выживаемость при прохождении через кислую среду желудка, позволяет добиться высоких локальных концентраций на поверхности слизистой кишечника, быстрого заселения кишечника бифидобактериями, что существенно повышает их антагонистическую активность в отношении патогенов и колонизационную резистентность. Быстрое заселение кишечника бифидобактериями способствует нормализации количественного и качественного состава микрофлоры. Высокие концентрации бифидобактерий, объединенных в микроколонии, не оказывают в желудочно-кишечном тракте местнораздражающее, токсическое и аллергическое воздействие.

Впервые в педиатрической практике разработан новый метод применения пробифора или бифидумбактерина форте в ударной суточной дозе в комплексной терапии ОКИ у детей, который используется при лечении

больных как в условиях стационара, так и амбулаторно. Предлагаемый метод принципиально отличается от традиционного использования бифидумбактерина как средства патогенетической терапии для коррекции нарушенного микробиоценоза кишечника. Использование высоких концентраций бифидобактерий, иммобилизованных на частичках активированного угля, как средства этиопатогенетической терапии, особенно в начальном периоде ОКИ у детей, оказывает быстрый, выраженный дезинтоксикационный и антидиарейный клинический эффект, наступающий уже на 2-3-й день от начала лечения; в большинстве случаев приводит к abortивному течению ОКИ и быстрому клиническому выздоровлению с санацией организма от возбудителя (шигеллы, сальмонеллы и т.д.); позволяет отказаться от антибиотикотерапии при тяжелых (негенерализованных) формах кишечных инфекций у детей.

Применение пробифора и бифидумбактерина форте при ОКИ.

Показания. Острые кишечные инфекции у детей в начальном периоде заболевания (1-3-й день болезни), как стартовая терапия. Пробифор (или большие дозы бифидумбактерина форте) назначаются детям с первого года жизни. Метод лечения применим для всех больных ОКИ независимо от следующих факторов:

- предполагаемая этиология (бактериальные, вирусные и микст-инфекции);
- первоначальная выраженность клинических симптомов и тяжести заболевания (легкие, среднетяжелые и тяжелые формы);
- тип диарейного синдрома (инвазивный, секреторный и т.д.);
- топика поражения тракта (энтерит, колит, гастроэнтерит и т.д.).

Метод может быть использован и в поздние сроки заболевания в случае отсутствия клинического эффекта от ранее проводимой терапии.

Дозы и курс при ОКИ различной тяжести. Пробифор или бифидумбактерин форте назначается при первом обращении больного за медицинской помощью по поводу ОКИ:

- при клинических симптомах ОКИ, соответствующих легкой и с переходом в среднетяжелую форму болезни, оптимальная суточная доза пробифора составляет 2-3 пакетика, бифидумбактерина форте – 20-24 пакетика. Суточная доза препаратов дается в 2-3 приема с интервалом 3-4 часа. Пробифор дается по одному пакету на прием. При суточной дозе 20 пакетиков бифидумбактерина форте назначается 2-кратно (12 и 8 пакетиков). При суточной дозе 24 пакетика – 3-кратно (12, 6 и 8 пакетиков). Курс лечения – 1-2 дня. Антибиотики, химиопрепараты и другие этиотропные средства не назначают, проводят общепринятую базисную терапию (диета, оральная регидратация, ферменты, симптоматические средства и т.д.);
- при среднетяжелых и тяжелых формах ОКИ суточная доза пробифора составляет 3 пакетика, Бифидумбактерина форте – 30 пакетиков. Пробифор назначается по одному пакету на прием, бифидумбактерин форте – по 10 пакетиков. Разовая доза препаратов дается 3-кратно с интервалом 2-3-4 часа (в зависимости от частоты кормления ребенка). Антибиотики и другие средства этиотропного действия в первые сутки от начала лечения не назначают, проводят общепринятую при этих формах болезни базисную и посиндромную терапию. Курс лечения пробиотиками – 2 или 3 дня;
- при выраженных симптомах инфекционного токсикоза, интоксикации и/или диарейного синдрома (частота стула превышает 15 раз в сутки или каждые 20-30 минут в первые часы заболевания) в комплексную терапию ОКИ включают энтеродез в возрастных суточных дозировках. Разовые дозы пробифора или бифидумбактерина форте перед употреблением разводят в 30-50 мл детского кефира (или в разовой дозе 4-5% свежеприготовленного раствора энтеродеза) и дают внутрь перед едой или во время приема пищи. При наличии частой рвоты разовую дозу можно дать дробно, в 2-3 приема, с интервалом 5-7 минут.

Эффективность использования метода.

Оценка клинической эффективности определяется через 24 и 48 часов от начала лечения этими пробиотиками по динамике основных клинических проявлений ОКИ. Метод лечения считается эффективным, если к концу первых на вторые сутки улучшается общее состояние и самочувствие больного, появляется аппетит, прекращается рвота, снижается или полностью нормализуется температура тела, сокращается частота стула и улучшается его характер. Критерии оценки эффективности предлагаемого метода лечения ОКИ у детей представлены в таблице 1 «Технология лечения ОКИ у детей пробифором или бифидумбактерином форте», которую следует использовать для решения вопроса дальнейшей терапевтической тактики через 24 и 48 часов, и в таблице 2 «Алгоритм лечения ОКИ у детей пробифором или бифидумбактерином форте в высоких дозах».

Если клинический эффект лечения ОКИ пробифором или бифидумбактерином форте, независимо от первоначальной (исходной) выраженности клинических симптомов и тяжести состояния, расценивается как отличный, достаточно 1-дневного курса. Если эффект хороший или слабо выражен, проводится повторное назначение этих пробиотиков по той же схеме.

Если клинический эффект к концу вторых суток отсутствует т/или имеет место нарастание тяжести состояния больного, решается вопрос о переводе пациента с ОКИ на традиционную терапию, в том числе антибиотикотерапию при тяжелых формах заболевания.

Противопоказания.

Абсолютных противопоказаний нет. Следует соблюдать предосторожность, если в анамнезе имеются указания на аллергические реакции на бифидумбактерин и лактазную недостаточность. При наличии лактазной недостаточности в лечении следует использовать только пробифор.

Выводы.

Предлагаемый для внедрения в педиатрическую практику новый метод лечения ОКИ различной этиологии и тяжести заболевания препаратом пробифор (или бифидумбактерин форте) является высокоэффективным и безопасным. В большинстве случаев разработанный метод, в отличие от антибиотикотерапии, приводит к abortивному течению ОКИ и быстрому клиническому выздоровлению.

Учитывая высокую эффективность и отсутствие побочных реакций, рекомендуемый метод может быть использован в амбулаторно-поликлинических условиях, что позволит существенно сократить число госпитализаций, а при лечении в стационаре – сроки пребывания больного, что, несомненно, даст и экономический эффект.

Таблица 1.

Технология лечения ОКИ у детей пробифором или бифидумбактерином форте

Основные критерии оценки эффективности лечения	Клинический эффект и динамика симптомов		
	Отличный	Хороший	Слабо выражен или отсутствует
Через 24 часа			
Общее состояние	Уменьшается до слабо выраженных или отсутствуют	Улучшается до средней тяжести или ближе к удовлетворительному	Симптомы токсикоза, интоксикации и эксикоза, диарейный синдром уменьшаются незначительно или остаются той же выраженности
Симптомы токсикоза, интоксикации и эксикоза	Уменьшаются до слабо выраженных или отсутствуют	Уменьшаются или остаются умеренной выраженности	
Лихорадка	Нормализуется или снижается до субфебрильной	Снижается до фебрильной или субфебрильной	
Частота и характер стула	Нормализуется или сокращается до 2-3 раз в сутки	Сокращается до до 5-7 раз при тяжелых и до 3-5 раз в сутки при среднетяжелых формах	
Через 48 часов			
Общее состояние	Удовлетворительное	Ближе к удовлетворительному	то же
Симптомы токсикоза, интоксикации и эксикоза	Слабо выражены или отсутствуют	Слабо выражен. Эксикоза нет.	
Лихорадка	Отсутствует	Отсутствует или сохраняется субфебрилитет	
Частота и характер стула	Стул оформленный или кашицеобразный 1-2 раза в сутки, без патологических примесей	Кашицеобразный до 2-3 раз в сутки, сохраняются патологические примеси, кроме примеси крови	

Таблица 2

Алгоритм лечения ОКИ у детей пробифором или бифидумбактерином форте в высоких дозах

ПРОБИФОР или БИФИДУМБАКТЕРИН ФОРТЕ В ВЫСОКИХ ДОЗАХ + общепринятая базисная и посиндромная терапия (антибиотики и химиотерапия не назначаются)			
Клинический эффект через 24 часа	Отличный	Хороший	Слабо выражен или отсутствует
Лечение	Продолжается базисная терапия	Повторно назначается пробифор или бифидумбактерин форте в высоких дозах по той же схеме. При тяжелых формах базисная терапия может быть дополнена назначением энтеродеза	
Клинический эффект через 48 часов от начала лечения	Отличный	Хороший	Слабо выражен или отсутствует

Лечение	При неустойчивом характере стула базисная терапия дополняется назначением бифидумбактерина форте или других бифидо-и/или лактосодержащих пробиотиков в обычных дозировках на 5-7 дней	Перевод на общепринятую терапию
4-5 день от начала лечения	Проводится контрольное бактериологическое исследование испражнений на кишечную группу. При повторном высеве возбудителя санация проводится специфическими бактериофагами или препаратом КИП по 1-2 дозы в день 5-дневным курсом	