

Опыт клинического применения «Пробифора» у больных с пищевыми токсикоинфекциями в условиях стационара.

Ющук Н.Д., Аликеева Г.К.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Новые лекарственные препараты. – 2004. - Выпуск 1, С. 17-20

Пищевые токсикоинфекции – острые инфекционные заболевания бактериальной этиологии, обусловленные кишечным механизмом заражения. Характеризуются синдромом интоксикации и обезвоживания, проявляются поражением пищеварительного тракта, нарушениями гомеостаза, ряда функциональных систем. Диагноз пищевых токсикоинфекций (ПТИ) является собирательным – объединяет ряд этиологически разных, но патогенетически и клинически сходных болезней. Наиболее частыми возбудителями токсикоинфекций являются: *Clostridium perfringens* типов А,В,С,Д,Е,Ф, а также *Clostridium difficile*, продуцирующие летальный и некротический токсины; *Bacillus cereus*, спорообразующая бактерия, продуцирующая 2 энтеротоксина; *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*, *mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa* – грамотрицательные бактерии. Кроме того, возбудителями пищевых токсикоинфекций могут быть многочисленные представители родов *Enterobacter*.

Заболевание начинается остро с болей в животе и общей слабости. Процесс развивается с преобладания рвотного или диарейного синдромов. Частота стула может учащаться до 20 раз в сутки и носит изнуряющий характер. Температура тела повышается до 38-39 °С и может сохраняться до 3 дней. Некротический энтерит протекает всегда тяжело и длительно, с высоким процентом летальных случаев.

Лечение пищевых токсикоинфекций должно быть патогенетическим. Цель такого лечения – осуществление дезинтоксикации и регидратации, которые в большинстве случаев осуществляют орально. Однако, в более тяжелых случаях, когда больные поступают в стационар одной патогенетической терапии бывает явно недостаточно и возникает необходимость в дополнительном применении ряда лекарственных средств: сорбентов, ферментов, пробиотиков.

Из пробиотиков чаще назначаются бифидосодержащие препараты, так как установлено, что бифидобактерии не только создают среду неблагоприятную для размножения условнопатогенных и патогенных бактерий, но и обладают высокой антагонистической активностью. Бифидобактерии продуцируют антибиотикоподобные вещества - бактериоцины с широким спектром антимикробного действия, ингибирующие рост патогенных кишечных палочек, клостридий, сальмонелл, шигелл, листерий, кампилобактеров, вибрионов и других микроорганизмов, а также способствуют блокированию рецепторов на слизистой кишечника, что предотвращает фиксацию на них потенциально патогенных микроорганизмов.

В связи с этим представлялось этиопатогенетически оправданным включение в терапию больных с ПТИ пробиотика, содержащего сорбированные бифидобактерии. Таким сорбированным пробиотиком является разработанный в ЗАО «Партнер» препарат «Пробифор».

Пробифор представляет собой смесь лиофильно высушенной микробной массы живых бактерий антагонистически активного штамма *Bifidobacterium bifidum* №1, иммобилизованных на частицах активированного измельченного угля, и лактозы, как бифидогенного фактора. В одном пакете препарата содержится не менее 5×10^8 КОЕ (колониеобразующих единиц) бифидобактерий, и не более 0,89 г лактозы.

Цели исследования:

- Оценить влияние пробифора на течение инфекционного процесса при ПТИ в условиях стационара.
- Оценить продолжительность пребывания больного в стационаре при включении в терапию ПТИ препарата «Пробифор».

Материалы и методы.

В исследование включались все больные, поступившие в стационар в состоянии средней степени тяжести с диагнозом «пищевая токсикоинфекция». Под наблюдением находилось 54 больных. Основную группу, получавшую пробифор, составили 30 больных. При уточнении диагноза у 3 пациентов выявлен острый шигеллез (у 2-х больных выясеяна *S. flexneri* 2a, у 1 больного – *S. sonnei*), у 3 больных – острый сальмонеллез (*S. enteritidis*).

Пробифор назначался с первого дня поступления в стационар в дозе 3 пакета 2 раза в сутки как основное этиопатогенетическое средство. При пищевой токсикоинфекции курс составил 2 дня. При выявлении шигеллеза или сальмонеллеза курс лечения пробифором продлевался до 4 дней. В статистический анализ включались только те пациенты (24 человека) основной группы, которые имели окончательный диагноз «пищевая токсикоинфекция». Контрольную группу составили 24 пациента с окончательным диагнозом «пищевая токсикоинфекция», не получавшие пробиотики. Средний возраст пациентов с ПТИ основной группы составил $36,8 \pm 3,75$ лет (женщин – 13, мужчин – 11 человек). Средний возраст пациентов с ПТИ контрольной группы – $30,6 \pm 2,48$ лет (женщин – 14, мужчин – 10).

Полученные результаты.

Сравнение анализируемых показателей в группах представлено в таблице.

Критерии оценки эффективности лечения пробифором

Показатели	Основная группа (n=24)	Контрольная группа (n=24)
------------	------------------------	---------------------------

Сроки исчезновения интоксикации (в днях)	2,3 ± 0,27*	3,1 ± 0,19
Сроки нормализации стула (в днях)	2,25 ± 0,28*	4,2 ± 0,26
Количество проведенных койко-дней	2,7 ± 0,39*	4,9 ± 0,34

p<0,05 – по отношению к контрольной группе

Как видно из представленной таблицы, исчезновение интоксикации и диарейного синдрома при применении пробифора происходили достоверно быстрее, чем в контрольной группе.

При применении пробифора уже на первые сутки лечения у 37,5% больных исчезли интоксикация и диарейный синдром, в контрольной группе в этот срок нормализации указанных показателей не произошло ни у одного больного. На третьи сутки лечения в группе, получавшей пробифор, интоксикация исчезла у 79% больных, стул нормализовался у 83% больных, в то время как в контрольной группе исчезновение интоксикации произошло у 71% больных, а нормализация стула только у 33% больных.

Более быстрое исчезновение клинических симптомов заболевания в группе, получавшей пробифор, привело к укорочению сроков пребывания больных в стационаре.

У больных с острым шегеллезом (*S.flexneri* 2a) исчезновение интоксикации и нормализация стула произошли на 3 – 5 дни лечения. Пациент с острым шигеллезом, вызванным *S.sonnei*, поступивший в стационар с лихорадкой (t – 39,6 °С), выраженной интоксикацией, рвотой, водянистым стулом до 10 раз в сутки, и получивший при поступлении пробифор (по 3 пакета 2 раза с интервалом в 2 часа), выписан по собственному желанию на следующие сутки в связи со значительным улучшением состояния – нормализация температуры (t – 36,5 °С), исчезновение рвоты, диареи. У больных с острым сальмонеллезом нормализация стула и исчезновение интоксикации происходили на 3 – 6 дни лечения.

Всеми больными пробифор переносился хорошо, побочных явлений выявлено не было.

Выводы.

- Применение пробифора коротким курсом в течение 2 дней при лечении больных с ПТИ в условиях стационара положительно влияет на течение заболевания, приводя к снижению продолжительности симптомов интоксикации и диарейного синдрома.
- В применяемых дозах (6 пакетов в сутки в течение 2 дней) пробифор хорошо переносится всеми больными.
- При включении в терапию ПТИ препарата «Пробифор» укорачиваются сроки пребывания больного в стационаре.

Литература.

- Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Лечение острых кишечных инфекций. – М., 1998
- Черкасский Б.Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. – М., 1994
- Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание, Том 1. – М.1998