

## **Коррекция клинико-лабораторных показателей при включении в комплексную терапию пробифора у детей с хронической гастроэнтерологической патологией.**

Феклисова Л.В., Дорошенко Е.О., Ушакова А.Ю., Полевой С.В., Ионов Д.В.

*Тематическая программа и тезисы докладов VII межд. спец. выставки "Аптека-2000", Вторая Международная ассамблея "Новые медицинские технологии", М.: ОАО "Фармимпекс", ГЕОС, 2000, С 50-51*

Для изучения состояния нижних отделов толстой кишки 31 ребенку, направленному в стационар в различными диагнозами поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, проводилась ректороманоскопия. Визуальный осмотр слизистых оболочек прямой и сигмовидной кишки позволил выявить проктосигмоидит у 25 обследованных, у 4 - колит и только у 2 детей изменений не обнаружено. Отсутствие у большинства анамнестических или прямых манифестных проявлений поражения нижних отделов кишки и тем не менее находки соответствующих изменений при ректороманоскопии позволяют высказаться о том, что несмотря на преимущественное клиническое проявление пораженное верхних отделов пищеварительного тракта, как правило, страдает и кишечник, патология со стороны которого протекала у данного контингента без явных манифестных нарушений, латентно. Большим подтверждением высказанного предположения являются результаты изучения биопсий слизистой оболочки толстой кишки (СОТК). Изучены 24 биоптата СОТК. У 3 детей гистологически выявлялась картина катарального колита (сигмоидита), у 21 - хронического сигмоидита. Около 64,2% учитываемых морфометрических показателя отличались от таковых в норме.

Приведенные результаты комплексного обследования больных, направленных в стационар преимущественно с диагнозом хронический гастроэнтерит, свидетельствовали о давнем включении в патологический процесс и толстой кишки.

У данного контингента больных было изучено состояние микрофлоры фекалий. Результаты анализа выявили нарушение микрофлоры, имевшиеся у всех обследованных: у 68,2% не находили бифидобактерии в  $10^7$ , лактобактерии отсутствовали у 86,3% при определении с  $10^5$ , у 59% было сниженным общее количество кишечной палочки, у 2 детей нашли грибы рода Кандида.

В комплексное лечение детей был включен новый пробиотик пробифор в течение 10 суток по схеме: один раз в день на ночь на момент вечернего приема пищи сразу 3 порошка. Дети принимали препарат охотно, побочные реакции не возникали. По критериям лечебной эффективности 63,6% детей получили отличную оценку, 24,3% - хорошую, 12,1% - удовлетворительную. Больных, не имевших положительных сдвигов, не было. После отмены препарата у 17 больных проведена повторная ректороманоскопия. При этом у 9 из них патологии не выявлено. У 8 больных отмечен катаральный проктосигмоидит, однако, отсутствовали такие характеристики, как выраженные или распространенные изменения. Эти дети имели длительный гастроэнтерологический анамнез (8-11 лет), поступали в стационар с выраженными клиническими проявлениями. У 16 детей после проведения курса пробифора исследовалась микрофлора кишечника, отмечена четкая тенденция к восстановлению нормальных представителей микрофлоры.

У 5 детей проводилось повторное взятие биопсийного материала СОТК. после получения пробифора. Обнаружено исчезновение дистрофических изменений в каемчатом эпителии, т.е. выявлено положительное воздействие на эпителиальный пласт слизистой оболочки толстой кишки с устранением в ней воспалительных изменений. После лечения нормализовалась толщина слизистой оболочки, высота поверхностного эпителия. Отмечено в целом благотворное влияние на репаративные процессы в слизистой оболочке толстой кишки.

Таким образом, пробифор улучшает состояние слизистой оболочки толстой кишки, микробиоценоз кишечника, способствует исчезновению клинических проявлений заболевания.