

Пробифор в лечении ОРВИ у детей.

Феклисова Л., Целипанова Е.
МОНИКИ

Медицинский вестник, вып. 18, 2003

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самыми распространенными заболеваниями в детском возрасте. Ежегодно в нашей стране регистрируются 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. Именно на эту возрастную группу падают основные показатели летальности от ОРВИ. Проблема острых респираторных инфекций крайне актуальна и для часто болеющих детей. Учитывая отсутствие специфической иммунопрофилактики (прививок) для основной группы респираторных инфекций и недостаточную эффективность существующих схем терапии, чрезвычайно важной остается задача разработки новых методов лечения ОРВИ.

Перспективными лекарственными средствами патогенетической терапии респираторных инфекций являются пробиотики. Бифидобактерии, входящие в пробиотик пробифор, обладают способностью к иммуномодуляции и не только корректируют дисбактериоз, но и повышают противoinфекционную резистентность организма ребенка. Результаты применения пробифора у детей с ОРВИ представлены в настоящей статье.

Известно, что в нашем кишечнике наряду с пищеварительными процессами осуществляются функции иммуномодуляции, а кишечная нормофлора (бифидобактерии и др.) является естественным стимулятором противoinфекционной защиты. В то же время у большинства пациентов детского возраста, переносящих респираторно-вирусные инфекции, особенно у часто болеющих детей, больных, получающих антибиотики, имеется недостаточность по ряду факторов иммунитета, связанная в т.ч. с изменениями в микробиоценозе желудочно-кишечного тракта. При осложненном течении ОРВИ у детей выявлено снижение параметров Т- и В-клеточного иммунитета, уменьшение способности антител периферической крови к связыванию антигенов вирусов, бактерий и токсинов (авидитет антител), снижение индукции интерферонов лейкоцитами.

Способность нормальной микрофлоры стимулировать иммунитет уже используется на практике, в частности, при лечении респираторных инфекций с помощью пробиотика пробифор. Пробифор обладает также свойством детоксикации, что немаловажно в уменьшении интоксикационного синдрома при ОРВИ. Пробифор, содержащий сорбированные на микрочастицах угля микроколонии антагонистически активных *Bifidobacteriae bifidum* штамм №1 в количестве 5×10^8 КОЕ в 1 пакете, способен быстро и высокоэффективно колонизировать слизистую оболочку кишечника, нейтрализуя микробы, вирусы и токсины и препятствуя их попаданию во внутреннюю среду организма.

Метод применения пробифора в терапии респираторных инфекций был разработан для двух групп больных: с респираторно-вирусной инфекцией в ранних сроках заболевания и с бактериальными осложнениями ОРВИ: острыми бронхитами, пневмониями, ЛОР - патологией. В первой группе пробифор назначался с 1-го дня поступления в стационар по 1 пакету х 3 раза в сутки в течение 2 дней. Во второй группе курс пробиотика удлинялся до 5 дней и проводился сразу после окончания приема антибиотиков: на 5 — 7 дней после поступления в стационар.

Пациенты обеих групп также получали базисную терапию (десенсибилизирующие средства, витамины по показаниям, отхаркивающие препараты, муколитики и т.д.).

Анализ действия пробифора на симптоматику ОРВИ и продолжительность заболеваний, проведенный в сравнении с контролем, показал, что пробифор положительно влияет на течение ОРВИ и предотвращает реинфицирование. Особенно эффективно пробифор купирует симптомы интоксикации. Так, при применении пробифора длительность температурной реакции не превышала 1—2 дней (в контроле — более 3 дней). У больных с пневмониями и бронхитами имело место падение температуры в течение 20—120 минут после 1—2-кратного приема препарата пробифор. Также на 1,5—2 дня сокращались другие симптомы инфекционного токсикоза и катаральные явления: вялость, снижение аппетита, гиперемия ротоглотки, явления ринита и кашля. Случаи реинфекции отмечены у 10% детей, лечившихся пробифором, и у 30% — в контроле. Побочных реакций и осложнений при лечении ОРВИ пробифором не наблюдалось.

Механизм лечебного действия пробиотика основан на его иммунобиологическом действии. Как показали исследования, проведенные у детей в ЦКБ УДП РФ, применение повышенного количества сорбированных бифидобактерий даже коротким курсом способно увеличить количество Т-лимфоцитов (CD3) до $2331,2 \pm 295,4$ (против $1625,8 \pm 165,3$ в контроле), Т-лимфоцитов-хелперов (CD4), до $1587,6 \pm 196,3$ (против $970,0 \pm 113,1$), В-лимфоцитов до $322,95 \pm 59,5$ (против $207,3 \pm 26,3$), процентного содержания нормальных киллеров, а также иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 ($p < 0,05$). Также прием препарата повышал индукцию а- и g-интерферонов в лейкоцитах и до 100% авидитет антител в периферической крови. Восстанавливался микробиоценоз кишечника: нормализовалось содержание кишечной палочки, бифидобактерий и лактобацилл, подавлялись клебсиеллы, протей, стафилококк, дрожжевые грибы.

Таким образом, метод лечения детей с ОРВИ пробифором по 1 пакету х 3 раза в сутки высокоэффективен и безопасен. Пробифор показан для лечения неосложненных ОРВИ, вирусных бронхитов, синдрома крупа, а также для профилактики реинфекций коротким курсом — 2 дня. При бактериальных осложнениях ОРВИ (пневмониях, вирусно-бактериальных бронхитах, ЛОР-патологии) срок лечения пробиотиком удлиняется до 5 дней. В случаях антибактериальной терапии препарат назначается сразу после окончания лечения

антибиотиком. Лечение пробиформом детей с ОРВИ можно осуществлять и в стационаре, и на дому. Противопоказания к назначению препарата не выявлены.