

## ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА ЛАЦИДОФИЛ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ДИАРЕЯХ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

*Н.П. Скородумова Л.А., Гончарова, Э.В*

Несмотря на то, что история пробиотиков уже насчитывает около 100 лет, ряд вопросов, касающихся клинического использования различных средств бактериотерапии, остаются дискуссионными, особенно когда речь идет об острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста. Среди ошеломляющего увеличения ассортимента специфических «живых лекарств» [4] мы отдали предпочтение Лацидофилу по целому ряду соображений.

Согласно инструкции:

- в 1 капсуле Лацидофила содержится 2 миллиарда живых бактерий (95 % *L.rhamnosus* rosell-11 и 5 % *L.acidophilus* rosell-52);

- Лацидофил высокоэффективен (в 96 % случаев) при диареях, вызванных *Klebsiella*, *Proteus*, *Staphylococcus*, подавляет прилипание к эпителиальным клеткам энтеропатогенной *E.coli*. А ведь именно эта группа возбудителей наиболее часто вызывает развитие острых кишечных инфекций у детей первого года жизни;

- восстановление нормальной микрофлоры в случае дисбактериоза — наиболее частого осложнения кишечных инфекций у детей;

- надежная защита микрофлоры во время антибиотикотерапии (это особенно важно при инвазивном типе диареи);

- абсолютная безопасность — не содержит условно-патогенной флоры. Нельзя не согласиться с мнением Е.М. Лукьяновой и соавт. [3], которые считают, что использование условно-патогенной микрофлоры в пробиотиках ставит под сомнение установившуюся репутацию этих препаратов как абсолютно безопасных, так как при дисбиозах многие из этих видов микрофлоры начинают первыми бесконтрольно размножаться и углублять микроэкологические нарушения;

- наконец, стимуляция приобретенного иммунитета — одна из самых важных характеристик, позволяющая использовать Лацидофил у детей с инфекционной патологией.

В связи с тем, что коллектив нашей кафедры и клиники более 30 лет занимается проблемой диагностики и лечения острых кишечных инфекций у детей, мы предприняли попытку сопоставить архивный материал 80–90-х годов XX века с сегодняшними реалиями. Причем мы пользовались одними и теми же клинико-иммунологическими исследованиями, для того чтобы иметь возможность их сравнить.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения Лацидофила у детей с острыми кишечными инфекциями.

**Объект и методы исследования**

Под нашим наблюдением находилось 248 больных легкой и среднетяжелой формой острой кишечной инфекции в возрасте от 6 месяцев до 1 года. Дети были разделены на 2 группы. 1-я группа — 225 детей раннего возраста, переносивших сальмонеллез — 84 (37,3 %), дизентерию — 8 (3,6 %), энтероколит, вызванный условно-патогенной флорой — 110 (48,9 %) и кишечную инфекцию неустановленной этиологии — 23 (10,2 %). 2-я группа — 23 ребенка раннего возраста, в состав базисной терапии которых был включен пробиотик Лацидофил. Из них 4 детей болели сальмонеллезом, 5 — клебсиеллезом, 4 — колиинфекцией, 10 — стафилококковым энтероколитом. Лацидофил назначался по 1 капсуле 3 раза в сутки во время еды или в течение 30 минут после приема пищи до прекращения симптомов заболевания.

Обе группы детей были сопоставимы по возрасту, полу, срокам заболевания, этиологии, тяжести течения острых кишечных инфекций и назначаемой базисной терапии (антибиотики, дезинтоксикационная, регидратационная, десенсибилизирующая терапия). У всех детей заболевание развилось на неблагоприятном преморбидном фоне: рахит — у 54,1 %, гипотрофия 1–3-й степени — у 53,5 %, анемия — у 58 %, энцефалопатия — у 8,1 %. Большинство детей (81 %) находились на искусственном вскармливании.

В обеих группах была проведена оценка иммунологического статуса в острый период заболевания (при поступлении в клинику) на основании комплексного изучения ряда показателей: фагоцитарного показателя (ФП), фагоцитарного числа (ФЧ), показателя завершенности фагоцитоза нейтрофилов (ПЗФ), уровня иммуноглобулинов сыворотки крови класса А, М, G, ЦИК.

Также у всех детей 2-й группы исследовался кал на дисбактериоз в остром периоде заболевания и после лечения Лацидофилом (через 14 дней применения пробиотика).

### **Результаты и их обсуждение**

Прежде всего обращает на себя внимание тот факт, что у всех детей 1-й и 2-й групп заболевание развивалось на неблагоприятном преморбидном фоне, в питании детей 2-й группы преобладали грубые нарушения. У всех больных 2-й группы произведено микробиологическое исследование толстой кишки в острый период заболевания, которое позволило выявить дисбаланс состава микрофлоры у всех детей. У 7 детей отмечалось значительное снижение количества бифидобактерий, у 8 — лактобактерий, у 4 — одновременное отсутствие бифидо- и лактобактерий, что соответствовало симптомам дисбактериоза 2-й степени. У остальных больных выявлен дисбактериоз 1-й степени. У большинства детей отмечалось заметное превышение общего количества *E.coli* до  $(8,7 \pm 0,34) \times 10^6$  с преобладанием лактозонегативных форм. При дисбактериозе 2-й степени, кроме снижения количества бифидо- и лактобактерий (вплоть до полного их отсутствия у 4 детей), отмечалась активация условно-патогенной флоры, среди которой преобладали *Pr.mirabilis*, *St.aureus* и *Klebsiella pneumoniae*.

Исследование иммунологического статуса позволило выявить отклонение показателей, характеризующих различные звенья иммунитета, у всех больных обеих групп в остром периоде (табл. 1).

**Таблица 1. Показатели иммунологического статуса у детей до назначения Лацидофила**

Иммунологические показатели	Здоровые дети	1-я группа	2-я группа
ФП, %	45,9 ± 1,0	29,52 ± 0,55	28,62 ± 0,58
ФЧ, %	3,0 ± 0,1	2,48 ± 0,05	2,44 ± 0,08
ПЗФ, %	0,72 ± 0,02	0,64 ± 0,015	0,62 ± 0,021
ЦИК, г/л	1,88 ± 0,02	2,35 ± 0,29	2,33 ± 0,31
IgA, г/л	0,69 ± 0,04	0,61 ± 0,04	0,59 ± 0,12
IgM, г/л	0,96 ± 0,052	1,19 ± 0,02	1,28 ± 0,23
IgG, г/л	8,93 ± 0,44	6,38 ± 0,25	6,34 ± 0,31

У детей 2-й группы на фоне применения Лацидофила микробный пейзаж изменялся в лучшую сторону:

- восстановилось количество бифидобактерий у 5 больных, лактобактерий — у 8, бифидо- и лактобактерий — у 3;
- значительного снижения количества нормальной микрофлоры больше не наблюдалось;
- условно-патогенная флора в контрольном посеве кала на дисбактериоз не определялась;
- уменьшилось и достигло допустимого уровня общее количество E.coli (менее 10<sup>6</sup>);
- прекратился рост гемолизирующей E.coli.

Показатели иммунологического статуса у детей на фоне терапии Лацидофилом представлены в табл. 2.

**Таблица 2. Показатели иммунологического статуса у детей 2-й группы на фоне терапии Лацидофилом**

Иммунологические показатели	Здоровые дети	Больные дети	
		До лечения	После лечения
ФП, %	45,9 ± 1,0	28,62 ± 0,58	39,34 ± 0,66
ФЧ, %	3,0 ± 0,1	2,44 ± 0,08	2,86 ± 0,08
ПЗФ, %	0,72 ± 0,02	0,62 ± 0,021	0,70 ± 0,026
ЦИК, г/л	1,88 ± 0,02	2,33 ± 0,31	2,00 ± 0,45
IgA, г/л	0,69 ± 0,04	0,59 ± 0,12	0,68 ± 0,08
IgM, г/л	0,96 ± 0,052	1,28 ± 0,23	1,01 ± 0,12
IgG, г/л	8,93 ± 0,44	6,34 ± 0,31	7,62 ± 0,43

Таким образом, целесообразность применения Лацидофила в комплексном лечении детей раннего возраста, страдающих острыми кишечными инфекциями, очевидна. Назначение этого пробиотика по 1 капсуле 3 раза в сутки во время еды или в течение 30 минут после приема пищи способствует более быстрому восстановлению нормальной микрофлоры кишечника, нормализации стула, положительным сдвигам в иммунном статусе (усилению фагоцитоза, повышению уровня IgA и IgG).

Можно предположить, что одновременное назначение Лацидофила с антибиотиками (за счет способности подавлять прилипание к эпителиальным клеткам энтеропатогенной E.coli) снижает риск и степень выраженности дисбактериоза, который, как правило, сопутствует острым кишечным инфекциям у детей.

**Литература:**

1. Воробьев А.А., Лыкова Е.А. Бактерии нормальной микрофлоры: биологические свойства и защитные функции // Журнал микробиол. — 1999. — № 6. — С. 102-105.
2. Бережной В.В., Крамарев С.А., Шунько Е.Е. Микрофлора человека и роль современных пробиотиков в ее регуляции // Здоровье женщины. — 2004. — № 1 (17). — С. 134-139.
3. Лукьянова Е.М., Янковский Д.С., Дымент Г.С. и др. Некоторые замечания относительно тактики использования пробиотиков в неонатологии и педиатрии // Современная педиатрия. — 2005. — № 3 (8). — С. 230-240.
4. Янковский Д.С., Дымент Г.С. Эра пробиотиков, дискуссии // Коллега. — 2005. — № 1–2. — С. 84.