



# Пробиотики и интерфероны в поддержании здоровья детей первого года жизни с микробиологическими нарушениями кишечника

Л. А. ЛИТЯЕВА, С. Ю. НОСЫРЕВА

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»,  
Кафедра детских инфекций, г. Оренбург.

УДК 615.37-053.3

Оптимальный количественный уровень нормобиоценоза кишечника обеспечивает практически непреодолимый барьер антиинфекционной защиты от патогенных микроорганизмов и вредных факторов окружающей среды. В современных условиях увеличения контингента новорожденных со сниженными адаптационными возможностями, формирование и поддержание оптимального уровня нормофлоры кишечника является актуальным. Проведено комплексное клинико-микробиологическое обследование 120 детей первого года жизни с микробиологическими нарушениями толстой кишки. Все дети в составе комплексной терапии получали пробиотики и интерфероны: в I группу вошли дети (30 человек), получавшие бифилиз и кипферон, во II группу (30 человек) — только кипферон, в III группу (30 человек) — только бифилиз, в IV группу (30 человек) — монокомпонентный бифидобактерин (контрольная группа). Курсы корригирующей терапии были индивидуальными и варьировали в суточной дозе 10-30 доз от 10 до 20 дней в зависимости от степени выраженности микробиологических нарушений и клинико-микробиологической динамики. Оценка эффективности проводилась по срокам купирования клинических и микробиологических нарушений, стабильности достигнутого эффекта и частоте возникновения инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) после окончания коррекции (в течение 3-6 месяцев с контрольным обследованием через каждые 3 месяца). Клиническое наблюдение показало, что состояние детей после рождения было удовлетворительным у 58,5% с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Перинатальные поражения центральной нервной системы были отмечены у 68%, малые формы инфекции у 31%, затяжное течение конъюгационных гипербилирубинемий у 29%. Дисфункция желудочно-кишечного тракта регистрировалась с первых дней жизни в виде метеоризма, болей в животе, усиливающихся при кормлении, затрудненной дефекации, срыгиваний, которые в последующие дни неонатального периода усиливались и принимали стойкий характер с формированием запоров (13,4%), диареи (56%), срыгиваний (73%), метеоризма (37%), болей в животе (37%), примесей (слизь, зелень, непереваренные комочки) в кале (88,4%). Первичное обследование пациентов выявило болезненность (94%), вздутие и урчание (58%) живота при пальпации, опрелость и раздражение кожи перианальной области (62%), кожные высыпания аллергического характера (25%), избыток веса (29%), наличие неврологической симптоматики (35%), учащение стула до 4-6 раз в сутки у 36,5%, 7-10 раз у 19,2%, с примесью слизи у большинства детей (88,4%) и зелени у одной трети из них (38,6%). Копрологическое исследование обнаружило повышенное количество лейкоцитов (32,6%), стеаторею (80,7%), амило-

рею (13,4%). Микробиологическое исследование фекалий выявило у всех обследованных дефицит бифидофлоры ( $Ig\ 6,77 \pm 1,69$  КОЕ/г) и пролиферацию различных видов условно-патогенных бактерий (УПБ) с преобладанием *Enterococcus* spp. ( $Ig\ 5,6 \pm 3,44$  КОЕ/г), *Klebsiella* spp. ( $Ig\ 2,3 \pm 3,9$  КОЕ/г), *Staphylococcus* spp. ( $Ig\ 4,31 \pm 3,62$  КОЕ/г), *E.coli* с измененными свойствами ( $Ig\ 1,27 \pm 3,16$  КОЕ/г), нередко с их ассоциативным ростом. После проведения различных видов коррекции отмечалась положительная динамика клинических проявлений дисфункции кишечника у всех детей. Однако, сроки купирования этих нарушений были разными и составили 10-12 дней у получавших бифилиз и кипферон, 14-16 дней — только бифилиз или кипферон, а в группе детей, получавших монопрепарат из бифидобактерий, соответственно 20-21 дня. Повторное исследование микрофлоры фекалий выявило положительные сдвиги в микробиоценозе кишечника, характеризующиеся увеличением уровня бифидофлоры до  $Ig\ 8,5 \pm 1,08$  КОЕ/г у 78% детей, получавших бифилиз и кипферон, у 74% детей, получавших бифилиз, у 59% детей, получавших кипферон, и у 28% детей IV (контрольной) группы. Аналогична тенденция элиминации УПБ и их ассоциаций: частота их выделения составила у детей, получавших бифилиз и кипферон 20%, только бифилиз или кипферон — соответственно 35% и 39%, у детей контрольной (IV) группы этот показатель 52%, что в 2,5 раза превышало таковой в группе, получавших комплекс бифилиза и кипферона. Проспективное наблюдение в течение последующих 6 месяцев показало, что у одной трети детей регистрировались ИВЗ, преимущественно острые кишечные инфекции и респираторные инфекции, частота возникновения которых была разной и коррелировала с видом проведенной коррекции. Наибольшее количество заболеваний было у детей контрольной группы, причем отмечались они уже в первые 3 месяца наблюдения и в 3 раза превышали данный показатель у детей, получавших бифилиз и кипферон. В этой группе было 12 случаев заболеваний, из них 7 — острые кишечные инфекции, 5 — однократное ОРВИ, которые регистрировались после 3 месяцев наблюдения. Выявлено, что дети, не получавшие интерфероны (II и IV группы), чаще и по 2-3 раза болели ОРВИ, а дети, не получавшие пробиотик (III группа) или получавшие монокомпонентный бифидумбактерин (IV группа) — острыми кишечными инфекциями. Полученные данные показывают, что сочетанное применение бифилиза (комбинированного бифидосодержащего пробиотика IV поколения) и кипферона (комплексного иммуноглобулинового препарата) и  $\alpha$ -интерферона наиболее эффективно при коррекции дисбаланса микрофлоры кишечника у детей первого года жизни.