

Применение йогулакта в комплексном лечении детей с дисбактериозом кишечника

Т. Ю. ПАВЛОВА, Е. Е. ХАСАНОВА, Ю. Р. УРМАНЧЕЕВА, Н. С. ЛЕОНТЬЕВА,
И. В. НИКОЛАЕВА, Л. М. МАЛЫШЕВА

Центр микроэкологии матери и ребенка ГУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница» г. Казани (главный врач Саматов В. А.).

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет».

УДК 637.146-053.2

Задача исследования: оценить клинико-лабораторную эффективность препарата Йогулакт у детей с дисбактериозом кишечника.

Исследования проводились на базе кабинета микроэкологии матери и ребенка Республиканской клинической инфекционной больницы. Под наблюдением находились 38 детей с дисбактериозом кишечника (ДК), из них в возрасте от 3 до 12 мес. — 11 детей, 1-3 года — 21 ребенок, 3-14 лет — 3 ребенка, старше 14 лет — 3 детей. У 18 детей нарушения кишечного микробиоценоза (НKM) были вторичными на фоне лямблиоза, ДЖВП, хронического гастродуоденита, СРК, атопического дерматита, лактазной недостаточности. У 9 детей ДК развился после антибактериальной терапии. У детей первого года жизни дисбиотические нарушения были связаны с нарушением процессов формирования кишечной микрофлоры. У всех детей ДК протекал в субкомпенсированной форме и был обусловлен в 8 случаях изолированным дефицитом бифидум- и лактобактерий, у 30 детей наряду с дефицитом облигатной флоры выявлялись ассоциации условно-патогенных микроорганизмов (*E. Coli* гем+, *S.aureus*, протеи и энтерококки).

Йогулакт — препарат, который содержит лиофилизированные культуры пробиотических молочных микроорганизмов: *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus*, культура йогурта (*Lactobacillus delbrueckii* subsp. *Bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus*). Йогулакт назначался в виде монотерапии при 1-й степени НКМ и после курса бактериофага — при НКМ 2-3-й степени. Детям до 1 года назначали половину капсулы препарата 1 раз в день, детям 1-3 лет — в зависимости от сим-

птомов по 1-2 капсулы в день, в возрасте 3-12 лет — по 1 капсуле 3 раза в день, детям старше 12 лет — по 1-2 капсулы три раза в день. Прием препарата осуществлялся до или во время приема пищи. Курс приема составил 2-3 недели.

Результаты исследования. У 35 детей (92,1%) после курса лечения отмечена положительная динамика по кишечному синдрому: нормализация стула, купирование болевого синдрома и повышенного газообразования. У 3 детей состояние осталось без динамики, сохранялся жидкий стул с патологическими примесями (7,9%). Побочные эффекты мы наблюдали в 2 случаях, что проявлялось срыгиванием на фоне приема Йогулакта у ребенка 7 месяцев, и появлением сыпи в области коленных суставов у ребенка полутора лет без фоновой органической и аллергической патологии.

У 14 пациентов после лечения проведены контрольные бактериологические исследования фекалий. Нормализация микробиологических показателей произошла в 71,4% случаев в виде снижения популяционного уровня условно-патогенных бактерий и (или) восстановления облигатной микрофлоры. Улучшение лабораторных показателей отмечено у 4 пациентов (28,5%), у которых произошла санация от условно-патогенных бактерий.

Заключение. Переносимость симбиотика Йогулакт хорошая. Препарат удобен в применении, имеет нейтральные вкусовые качества, длительный срок хранения препарата. Положительный клинический эффект на фоне приема Йогулакта наблюдался в 92,1%, нормализация показателей кишечного микробиоценоза — в 71,4% и улучшение лабораторных показателей — в 28,5% случаев.

Клинико-патогенетическое обоснование применения ферментных препаратов в комплексном лечении гастроэнтерологических заболеваний у детей

Д. В. ПЕЧКУРОВ, Е. И. ЛАЗАРЕВА, А. А. ПРОКОФЬЕВА

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара.

УДК 616.33-002:615.1-053.2

Синдром мальабсорбции — состояние, которое сопровождает многие гастроэнтерологические заболевания. Причинами его могут быть воспалительные изменения слизистой оболочки пищеварительного тракта, ферментная недостаточность, моторные расстройства.

Мальабсорбция способствует нарушению nutritивного статуса, усугубляет течение патологического процесса, способствует образованию порочного круга. При нарушении переваривания страдают энергетический, белковый и другие виды обмена веществ, что сказывается на метаболических

процессах в тканях, и зачастую приводит к отставанию в физическом развитии детей.

В связи с этим актуальным представляется изучение физического развития, а также распространенность и структура нарушений переваривания и всасывания при различных заболеваниях пищеварительной системы.

Материалы и методы — нами было проанализировано 214 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии ДГКБ № 1 г.о. Самара (главный врач проф. Т. И. Каганова) в период с 2005 по 2007 год. Из них 56 историй болезни детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) — 1-я группа сравнения, 116 детей с глютеновой энтеропатией (ГЭ) — 2-я группа, 3-ю группу сравнения составили 55 детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. Группу контроля составили 65 условно здоровых детей. Все группы сопоставимы по полу и возрасту.

Полученные результаты: во всех группах отмечено наличие детей с низким, менее 10 перцентиля, ростом, причем, чаще низкий рост встречался среди детей с ВЗК 15,6±5,4%. В остальных группах этот показатель достоверно не различался (при $p < 0,05$) и колебался от 7,6 до 9,0%. Дефицит мас-

сы тела (ДМТ) в контрольной группе встречался у 15,4±5,4%, у детей с поражениями ВОПТ распространенность ДМТ была несколько выше 23,6±5,7%, но достоверно не отличалась. По нашим данным среди пациентов с хроническими заболеваниями кишечника распространенность ДМТ значительно выше. В группе детей с ГЭ — 49,6±4,5%, а при ВЗК — 32,1±6,2%.

Оценка переваривающей функции проводилась нами по данным копрологического исследования. Выявлено, что во всех группах сравнения встречаются синдромы нарушения переваривания и всасывания. Причем, у детей с целиакией преобладает энтеральный синдром — 23,7±3,8% (в остальных группах сравнения он встречается от 11% до 18,8%), у детей с недифференцированным колитом — панкреатический синдром (22,7±9,1%), а при заболеваниях ВОПТ чаще выявляется синдром нарушения желудочной секреции (18,6±5,9%).

Таким образом, нарушения переваривания и всасывания имеют место у большинства детей с гастроэнтерологической патологией. Заместительная ферментная терапия является основным направлением в патогенетической терапии больных с синдромом нарушенного пищеварения.

Состояние антиокислительной системы при рецидивирующих обструктивных бронхитах и острых пневмониях у детей

О. И. ПИКУЗА, А. М. ЗАКИРОВА, Ю. Н. АХМЕТВАЛЕЕВА, З. Я. СУЛЕЙМАНОВА
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.

УДК 616.233-002.154.19-053.2

Актуальность. В настоящее время бронхолегочные заболевания относятся к числу наиболее распространенных нозологических форм и имеют тенденцию к возрастанию частоты. Как известно из современных литературных источников, общепринятая терапия рецидивирующих обструктивных бронхитов (РОБ) и острых пневмоний (ОП) с назначением дорогостоящих антибактериальных и противовирусных препаратов последних поколений не всегда может обеспечить успех. Поэтому, с учетом патогенеза данных заболеваний, ее следует сочетать с мероприятиями, направленными на стимуляцию защитных сил организма и коррекцию обменных процессов.

Цель исследования. Изучить состоятельность системы антиоксидантной защиты (АОЗ), а также клиническую эффективность препарата метаболитного ряда при РОБ и ОП у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 156 детей в возрасте от 6 до 16 лет с диагнозами РОБ и ОП, в том числе 74 ребенка — с РОБ и 82 — с ОП. Группу сравнения составили 75 условно-здоровых детей аналогичного возраста и пола. Состояние АОЗ оценивали по уровню суммарной антиокислительной активности (САОА). Наряду с общепринятой терапией 67 больных получали калий фумаровокислый (КФК) в дозе 3-6 мг/кг/сут. (в зависимости от возраста) 2 раза в день после приема пищи в течение 30 дней.

Результаты. При поступлении у всех больных наблюдалось достоверное снижение САОА соответственно у детей с РОБ до 33,3±0,5% ($p < 0,01$), с ОП до 27,65±0,22% ($p < 0,05$), при показателях группы сравнения — 42,59±0,55%. Анализ полученных результатов позволил выявить положительный эффект метаболитной терапии на регрессию клинической симптоматики РОБ и ОП (быстрое купирование симптомов интоксикации, физикальных изменений в легких, что приводило к сокращению сроков пребывания детей в стационаре на 2-3 дня). К моменту выписки из стационара у всех детей САОА имела положительную динамику по восстановлению. Однако при традиционной терапии число больных с восстановленными показателями САОА до нормативных значений составило 58,82%, в то время как на фоне приема КФК это число детей значительно превышало и достигало 88,87%. Следует отметить хорошую переносимость КФК, отсутствие нежелательных реакций и экономическую доступность для широкого круга населения.

Выводы. Назначение калия фумаровокислого на фоне общепринятой терапии больным с РОБ и ОП оказало положительный эффект не только на клиническую картину, но и на состояние системы антиоксидантной защиты организма. Это позволяет рекомендовать применение КФК как средство метаболической коррекции для оптимизации лечения у больных с бронхолегочными заболеваниями.