

Место пробиотических продуктов в лечении функциональных запоров у детей

И.Я.Конь¹, З.Г.Лактионова¹, С.А.Бушуев², С.А.Шевелева¹,
Г.Г.Кузнецова¹, С.Ю.Батищева¹, Д.В.Усенко³, А.В.Буркин¹

¹НИИ питания РАМН, Москва;

²Детская клиническая больница №38, Москва;

³Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

В статье представлены результаты сравнительного клинического исследования, проведенного под эгидой Института Данон, Россия, по оценке эффективности кисломолочных продуктов, в том числе содержащих пробиотический штамм *Bifidobacterium animalis* DN-173010 (ESSENSIS), в диетотерапии функциональных запоров у детей 3–8 лет. Впервые получены данные, свидетельствующие о достаточной эффективности пробиотического продукта как в отношении купирования клинических проявлений функциональных запоров у детей, так и о положительном влиянии его на состав микрофлоры кишечника, что позволяет рекомендовать его использование в клинической практике.

Ключевые слова: функциональный запор, дети, лечение, пробиотический продукт, *Bifidobacterium* ESSENSIS

The role of probiotic products in treatment of functional constipation in children

I.Ya.Kon¹, Z.G.Laktionova¹, S.L.Bushuev², S.A.Sheveleva¹,
G.G.Kuznetsova¹, S.Yu.Batishcheva¹, D.V.Usenko³, A.V.Burkin¹

¹Research Institute of Nutrition, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow;

²Children's Clinical Hospital No 38, Moscow;

³Central Research Institute of Epidemiology, Federal Inspection Service for Protection of Consumer Rights, Moscow

The article presents the results of a comparative clinical trial carried out under the auspices of Institute Danon, Russia to evaluate the efficacy of sour-milk products, including those containing a probiotic strain *Bifidobacterium animalis* DN-173010 (ESSENSIS), in diet therapy of functional constipation in 3–8 year-old children. The authors were first to obtain data indicative of a sufficient effect of probiotic products on reduction of clinical presentations of functional constipation in children, and their positive influence on the composition of intestinal microflora, which permits to recommend them for clinical use.

Key words: functional constipation, children, treatment, probiotic product, *Bifidobacterium* ESSENSIS

Функциональные запоры остаются одной из актуальных и нерешенных проблем современной медицины, что обусловлено их широкой распространенностью, патофизиологической неоднородностью и невысокой эффективностью проводимой терапии. По данным эпидемиологических исследований, заболеваемость ими у детей составляет от 30 до 39%, и является причиной до 10–25% обращений к детским гастроэнтерологам, причем большинство авторов отмечают неуклонный рост их частоты [1–3].

В настоящее время общепринятым является определение запора как нарушения функции кишечника, выражающееся в урежении ритма дефекации, ее затруднении, ощущении неполного опорожнения, а также в изменении консистенции стула (уплотнение или «бугорчатость») [4, 5].

Для корреспонденции:

Конь Игорь Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела детского питания НИИ питания РАМН
Адрес: 109240, Москва, Устьинский проезд, 2/14
Телефон: (495) 298-1865

Статья поступила 13.06.2005 г., принята к печати 08.11.2005 г.

Функциональный характер хронического запора, согласно устоявшейся точке зрения, означает отсутствие связи с известными морфологическими или метаболическими изменениями, которые доступны для выявления современными диагностическими методами [6–8]. В зарубежной литературе получил распространение также термин «идиопатический» запор, который обычно используется как эквивалент «функционального» [9]. Причиной функционального запора может также являться угнетение дефекационного рефлекса у стеснительных детей. Показано, что воздействие на интрамуральный аппарат кишечника ребенка негативных экзо- и эндогенных факторов, нарушающих естественный процесс созревания нейрогуморальной системы ЖКТ, а также состояние центральной нервной системы могут оказывать негативное влияние на возрастное формирование нормального физиологического акта дефекации [10].

Ведущее значение в возникновении функциональных запоров у детей принадлежит алиментарному фактору, и в первую очередь – уменьшению общего количества потребляемой пищи и воды, нарушению химического состава раци-

она (избыток животных жиров и белков), а также дефициту пищевых волокон, избытку продуктов и блюд, тормозящих или не оказывающих влияния на перистальтику кишечника (бульоны, шоколад, слизистые и протертые супы, измельченные мясные, рыбные и другие блюда, пресный творог, рис, яйца и др.). Доказано также, что недостаточное потребление пищевых волокон резко увеличивает риск возникновения запоров.

В последние годы все большее число исследователей указывает на существенное значение состояния кишечной микрофлоры в формировании функциональных запоров [1, 6, 10]. При этом изучение микробиологического статуса у подобных больных способствует не только разработке новых терапевтических подходов к коррекции этих нарушений, но и позволяет одновременно раскрыть патогенетические механизмы их формирования [11–16]. Получены данные о ключевой роли метаболитов нормальной флоры, в частности, короткоцепочечных жирных кислот, в регуляции нормальной сократительной функции кишечника и кишечного транзита за счет снижения pH кала и возрастания осмотического давления, увеличении синтеза пептида YY, а также посредством Ca^{2+} -зависимого механизма стимуляции мышечной стенки кишечника. В то же время, нормальная микрофлора участвует в регуляции синтеза холецистокинина, а также способствует снижению порога ответа гладкой мускулатуры на химическое воздействие. Нельзя забывать и о том, что микрофлора кишечника составляет до 30% каловых масс, и, следовательно, ее увеличение также способно стимулировать кишечный транзит.

Ранняя диагностика функциональных запоров у детей и их своевременная диетическая коррекция служат залогом эффективности профилактики и лечения истинных запоров, энкопреза и других тесно связанных с ними проблем, определяющих качество жизни пациентов и их родственников. При этом одним из основных патогенетических обоснований лечения функциональных запоров у детей является регуляция консистенции кишечного содержимого и скорости транзита его по толстой кишке, которые могут быть обеспечены с помощью различных продуктов питания. К их числу относятся, в первую очередь, продукты, содержащие значительное количество растительных волокон. В течение многих лет традиционно считалось, что их действие обусловлено главным образом механическим раздражением слизистой толстой кишки. Однако в последние десятилетия было показано, что функция растительных волокон не сводится к чисто механической стимуляции, а в значительной мере обусловлена их способностью служить субстратом для роста кишечных микроорганизмов, в частности, бифидо- и лактобактерий, то есть проявлять пребиотические свойства.

В последние годы значительный интерес вызывает возможность использования другого подхода к лечению функциональных запоров, а именно – дополнительное включение в рацион живых пробиотических культур бифидо- и лактобактерий, в том числе в составе кисломолочных продуктов питания.

Идея использования молочнокислых бактерий для укрепления здоровья человека, а также для лечения различных заболеваний принадлежит И.И.Мечникову. В нашей стране для лечения запоров традиционно рекомендуется использо-

вание кефира, ряженки и других кисломолочных продуктов. В то же время, внимание исследователей все больше привлекают пробиотические продукты, о чем свидетельствуют растущее число рандомизированных исследований их эффективности, а также расширяющаяся сфера их применения. Подобная практика в отношении лечения запоров у детей в нашей стране отсутствует. В связи с этим представляет значительный интерес оценка терапевтических возможностей в лечении функциональных запоров у детей кисломолочных продуктов, в состав которых дополнительно включены пробиотические микроорганизмы. К их числу относится кисломолочный продукт (йогурт), содержащий пробиотический штамм *Bifidobacterium animalis* DN-173010 (*B. ESSENSIS*). В ряде зарубежных исследований продемонстрирована способность этого организма регулировать скорость кишечного транзита, а также купировать функциональные запоры у взрослых [17, 18]. В то же время, контролируемых клинических исследований по оценке действенности этого кисломолочного продукта (содержащего *B. animalis* DN-173010) у детей до настоящего времени не проводилось.

Целью настоящего исследования явилось изучение терапевтической эффективности йогурта, обогащенного *B. animalis* DN-173010 (*B. ESSENSIS*), при функциональных запорах у детей, в сравнении с традиционным йогуртом, не содержащим пробиотических культур.

Пациенты и методы

Нами наблюдалось 52 ребенка с функциональными запорами и со сходной тяжестью заболевания, находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в ДКБ №38 г. Москвы. С учетом различий в комплексной терапии, больные были распределены методом случайной выборки на две группы.

Как следует из таблицы, в основную группу вошло 27 детей в возрасте 3–8 лет, которые в дополнение к традиционной терапии получали кисломолочный продукт, содержащий *B. animalis* DN173010 (*B.ESSENSIS*) (продукт №1). Этот продукт вырабатывается из нормализованного по жиру и сухим веществам молока, подвергнутого двухступенча-

Таблица 1. Краткая характеристика обследованных детей с функциональными запорами

	Основная группа (n = 27)	Группа сравнения (n = 25)
Пол:		
Мальчики	12 (44,4%)	15 (55,6%)
Девочки	12 (48%)	13 (52%)
Возраст:		
3–6 лет	17 (63%)	12 (48%)
6–7	2 (7,4%)	–
7–8 лет	8 (29,6%)	13 (52%)
Основной диагноз:		
хронический гастродуоденит	14 (51,9%)	5 (20%)
дискинезия желчевыводящих путей	3 (11,1%)	3 (12%)
инфекция мочевыводящих путей	6 (22,2%)	1 (4%)
синдром раздраженного кишечника		
и функциональные запоры	4 (14,8%)	16 (64%)

той пастеризации, путем сквашивания подготовленной смеси специально подобранной комплексной закваской из чистых культур молочнокислого стрептококка, болгарской палочки и специального штамма *B. animalis* DN-173010. Последний устойчив в условиях желудочно-кишечного тракта и обнаруживается в фекалиях в значительном количестве (10^8 – 10^9 КОЕ/г) после ежедневного 3-х кратного употребления в течение 7 дней.

Для оценки клинической эффективности применения указанного штамма была сформирована аналогичная группа (сравнения) из 25 больных детей, получавших кисломолочный продукт, выработанный из тех же ингредиентов, подвергнутый тем же методам обработки и сквашивания с использованием комплексной закваски из чистых культур молочнокислого стрептококка и болгарской палочки, но без пробиотических добавок. Подобное сопоставление двух сходных кисломолочных продуктов, содержащих и не содержащих пробиотической добавки, должно выявить результат действия именно пробиотических микроорганизмов.

Помимо клинического наблюдения, всем детям основной и пациентам из группы сравнения проводилось обязательное лабораторное обследование (бактериологический анализ кишечной микрофлоры) перед началом приема продуктов и после окончания. Заключительные анализы были сделаны 16 пациентам основной и 8 детям из группы сравнения.

Дети основной группы в течение 21 дня 2 раза в день получали по 125 мл исследуемого продукта. Четверо из них начали получать его в стационаре и продолжали в домашних условиях, оставаясь под наблюдением врачей поликлиники при больнице №38. Пациенты 2-ой группы 2 раза в день получали по 100 мл продукта сравнения в течение такого же срока.

Критериями сравнительной эффективности исследуемых продуктов служили:

- переносимость продукта (субъективное отношение к нему, появление симптомов непереносимости);
- частота опорожнения кишечника (время между дефекациями);
- консистенция стула;
- другие абдоминальные симптомы (боли в животе, тошнота, вздутие живота и др.);
- состояние микрофлоры толстого кишечника.

Результаты исследования и их обсуждение

Наблюдение за детьми показало отсутствие симптомов пищевой непереносимости (кожная сыпь, зуд, нарушения стула, изжога, тошнота) при приеме обоих продуктов. Данные о динамике частоты стула представлены на рис. 1.

Как видно из рисунка, до начала приема продукта у всех 27 детей основной группы стул был реже, чем 1 раз в сут, а у 18 из них – реже, чем 1 раз в 48 ч. На фоне приема кисломолочного продукта, содержащего *B. animalis* DN-173010 (*B. ESSENSIS*), у 22 детей к концу исследования наблюдалась нормализация частоты стула до 1 раза в сут, а у 2 – стул был чаще 1 раза в двое сут; у 3 пациентов стул по-прежнему имел место реже, чем 1 раз в 72 ч. Таким образом, прием продукта оказался эффективным у 24 из 27 детей (≈ 89%).

Исходно у 23 из 25 детей группы сравнения частота стула была меньше, чем 1 раз в 24–48 ч. Прием продукта сравне-

ния повысил частоту стула только у 6 детей до 1 раза в сут. Однако у других 19 детей кишечник опорожнялся по-прежнему 1 раз в 24–48 ч и реже, т.е. эффективность продукта без пробиотического штамма составила 24%, что достоверно ниже, чем в основной группе.

Кроме влияния на частоту стула, оценивая результаты действия сравниваемых продуктов, мы учитывали также изменения консистенции стула по балльной системе (рис. 2) следующим образом:

- 0 баллов – жидкий, в том числе с патологическими примесями (кровь, слизь, зелень);
- 1 балл – кашицеобразный, с патологическими примесями, в том числе с неперевавшими комочками пищи;
- 2 балла – кашицеобразный без патологических примесей;
- 3 балла – оформленный;
- 4 балла – плотный;
- 5 баллов – твердый, в том числе типа «овечьего кала».

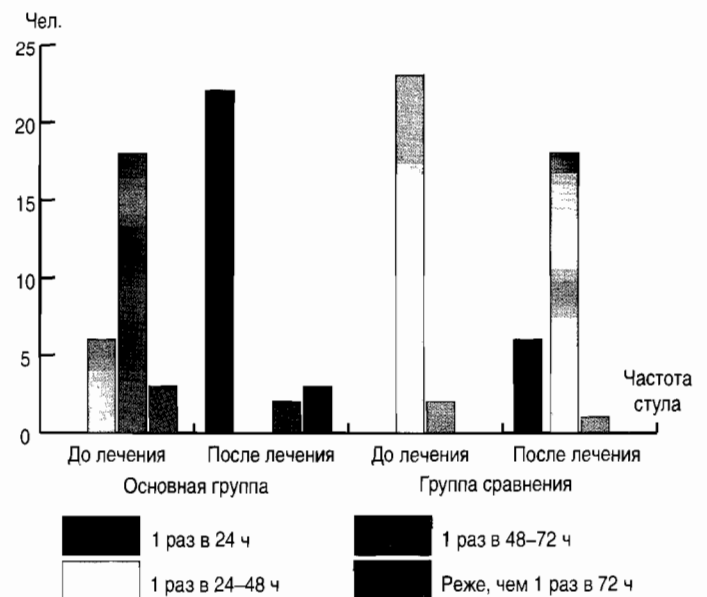


Рис. 1. Динамика частоты стула у детей с функциональными запорами на фоне лечения.

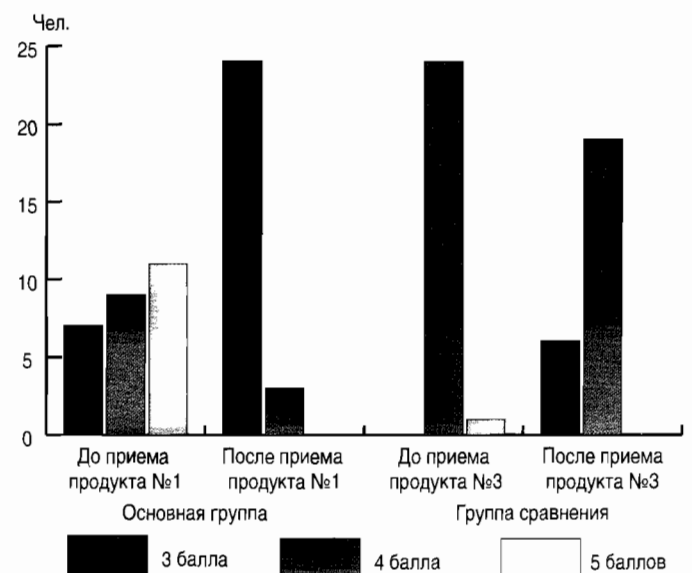


Рис. 2. Изменение консистенции стула пациентов (в баллах).

Как следует из рис. 2, до начала исследования у 20 из 27 детей основной группы консистенция кала была плотной или твердой, в том числе типа «овечьего кала» (4–5 баллов). Уже к 5 дню после приема продукта, содержащего *B. animalis DN-173010*, консистенция стула у 17 детей нормализовалась и приобрела обычный оформленный вид (3 балла). С увеличением длительности приема йогурта число пациентов с оформленным стулом нарастало, и к моменту окончания лечения консистенция кала оказалась нормальной у 24 из 27 детей (~90%). У детей, получавших кисломолочный продукт без пробиотической добавки, консистенция стула в процессе лечения также изменялась, но, как и частота стула, менее существенно: даже к концу приема продукта сравнения она нормализовалась только у 6 из 25 детей.

Включение кисломолочного продукта, содержащего пробиотический штамм *B. animalis DN-173010*, в рацион питания детей с функциональными запорами приводил к положительной динамике не только частоты и консистенции стула, но и других абдоминальных симптомов (табл. 2).

Таким образом, результаты клинического наблюдения за детьми основной и группы сравнения показали, что использование в лечении функциональных запоров йогурта, содержащего пробиотический штамм *B. animalis DN-173010* (*B. ESSENSIS*), оказывает существенно большее положительное влияние на динамику клинических симптомов и характер стула, чем кисломолочный продукт, не содержащий этого штамма.

Изучение кишечного микробиоценоза показало, что до начала исследования практически у всех обследованных выявлялись дисбиотические нарушения различной степени выраженности, проявляющиеся снижением уровня бифидо- и лактобактерий в сочетании с увеличением содержания ряда условно патогенных микроорганизмов (гемолизинпродуцирующих кишечных палочек, стафилококка и др.).

Включение на 21 день в рацион питания детей с функциональными запорами йогурта, содержащего *B. animalis DN-173010*, способствовало улучшению состава микрофлоры кишечника: увеличивалось количество бифидобактерий, прослеживалась тенденция к нарастанию уровня лактобактерий и нормальной кишечной палочки, и к снижению такового дрожжеподобных грибов (табл. 3). У детей группы сравнения, на фоне регулярного употребления кисломолочного продукта без пробиотической добавки, уровень представителей факультативной кишечной микрофлоры практически не изменялся. Однако наблюдалось увеличение содержания ряда бактерий условно патогенной микрофлоры, в частности, стафилококков, а также кишечной палочки с измененными свойствами. Возможно, это обусловлено низкой антагонистической активностью микроорганизмов стандартной йогуртной закваски. Что же касается уровня дрожжеподобных грибов, то их уровень у детей в группе сравнения, в отличие от основной группы, не снизился, а напротив, незначительно повысился, хотя и не превышал возрастную норму.

Анализ динамики дисбиотических нарушений (табл. 4), выраженных в степенях дисбактериоза в соответствии с классификацией Куваевой И.Б. и Ладодо К.С. (1998), свидетельствует об увеличении с 33,3% до 50% числа детей без дисбактериоза или с незначительными его проявлениями (дисбактериоз ±) в основной группе, тогда как в контрольной

группе – их число снизилось почти в 2 раза. Дисбактериоз 2 степени в основной группе сохранялся на исходном уровне, а в группе сравнения несколько увеличился. Число детей с дисбактериозом 3 степени после приема продуктов уменьшилось в обеих группах.

Проведенные исследования позволили выявить отчетливое положительное воздействие кисломолочного продукта, содержащего специфические бифидобактерии, на кишечную микрофлору. Это проявилось в повышении уровня бифидобактерий и тенденции к увеличению содержания лактобактерий и

Таблица 2. Динамика клинических симптомов у обследованных детей

Симптомы	Основная группа, (n = 27)	Группа сравнения, (n = 25)
Боли в животе	16	14
исчезли через 3 дня	5	–
исчезли через 5 дней	3	–
исчезли через 10 дней	6	10
сохранились до конца наблюдения	2	4
Урчание в животе	15	16
исчезло через 3 дня	6	–
исчезло через 5 дней	4	–
исчезло через 10 дней	3	–
сохранилось до конца наблюдения	2	16
Вздутие живота	16	10
исчезло через 3 дня	7	–
исчезло через 5 дней	3	4
исчезло через 10 дней	4	–
сохранилось до конца наблюдения	2	6

Таблица 3. Динамика состава микрофлоры кишечника [$M \pm m$ (количество микроорганизмов, Ig КОЕ/г сырой массы фекалий)] на фоне лечения кисломолочными продуктами

Вид микроорганизмов	Основная группа (n = 25)		Группа сравнения (n = 27)	
	до приема (n = 27)	после приема (n = 16)	до приема (n = 11)	после приема (n = 8)
Бифидобактерии	8,05 ± 0,31	9,35 ± 0,21*	8,88 ± 0,22	9,03 ± 0,5**
Лактобактерии	6,78 ± 0,35	7,53 ± 0,34	7,44 ± 0,37	7,64 ± 0,4
<i>E. coli</i>	7,27 ± 0,22	8,07 ± 0,21	7,18 ± 0,43	6,77 ± 0,82
<i>E. coli</i> ферментативно неполноценные	5,66 ± 0,6	6,06 ± 0,51	6,19 ± 0,54	7,36 ± 0,31
Условно патогенные энтеробактерии	5,03 ± 0,24	5,34 ± 0,35	5,20 ± 0,61	5,79 ± 1,19
Стафилококки	4,99 ± 0,26	4,90 ± 0,24	4,85 ± 0,19	5,85 ± 0,21
<i>Staphylococcus aureus</i>	3,77 ± 0,19	3,82 ± 0,52	4,48 ± 0,37	5,78 ± 0,19
Энтерококки	4,60 ± 0,28	5,85 ± 0,36	5,06 ± 0,51	5,78 ± 0,28
Дрожжеподобные грибы	4,73 ± 0,39	4,29 ± 0,58	3,52 ± 0,64	4,71 ± 0,46

*различия достоверны, **различия недостоверны.

Таблица 4. Динамика дисбиотических нарушений (% к числу обследованных детей)

Степень дисбактериоза	Основная группа (n = 27)		Группа сравнения (n = 25)	
	до приема (n = 27)	после приема (n = 16)	до приема (n = 11)	после приема (n = 8)
Отсутствие дисбактериоза	1 (3,7)	2 (11,1)	0	0
Дисбактериоз ±	8 (29,6)	6 (38,9)	3 (27,3)	1 (12,5)
Дисбактериоз 1	9 (33,3)	4 (22,3)	3 (27,3)	2 (25)
Дисбактериоз 2	7 (25,9)	4 (27,7)	4 (36,4)	5 (62,5)
Дисбактериоз 3	2 (7,5)	0	1 (9,1)	0



пробиотический продукт

регулирует время кишечного транзита

улучшает функциональное состояние
желудочно-кишечного тракта



товар сертифицирован

АКТИВИА®.
Действует изнутри – результат налицо!

Информация для потребителей по тел. (095) 213-83-61

www.activia.ru

снижению количества грибов *Candida*. Продукт сравнения не вызывает таких сдвигов в составе кишечной микрофлоры.

Таким образом, проведенная нами объективная оценка способности йогурта, обогащенного пробиотическими штаммами бифидобактерий, проявлять положительное действие у пациентов с функциональными запорами, подтвердила немногочисленные литературные сведения о возможности с его помощью нормализовать стул у этого контингента детей. Полученные данные о существенно меньшей эффективности аналогичного продукта, не содержащего пробиотик, позволяют считать, что лечебный эффект связан именно с включением в состав йогурта пробиотической культуры *B. animalis* DN-173010 (*B. ESSENSIS*), а не с использованием кисломолочных продуктов как таковых.

Литература

1. Заболевания органов пищеварения у детей. Под ред. Баранова А.А., Климанской Е.В., Римарчук Г.В. М.: РУССЛИТ; 1996; 304.
2. Rasquin-Weber A., Hyman P.E., Cucchiara S., et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. In Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 45 (Suppl 2): 1160–69.
3. DiPalma J. Current treatment options for chronic constipation. Rev Gastroenterol Disord 2004; 4(suppl 2): S34–S42.
4. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A., et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999; 45: 43–7.
5. Заболевания органов пищеварения у детей (тонкая и толстая кишка). Под ред. Баранова А.А., Климанской Е.В. М.: 1999; 304.
6. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л.: Медицина, 1991; 224.
7. Drossman D.A., ed. The functional gastrointestinal disorders. Boston: Little, Brown, 1994: 115–73.
8. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A., Heaton K.W., Irvine E.J., Muller-Lissner S.A. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. Gut, 1999; 45 (Suppl. II): 43–60.
9. Allescher H.D. Laxatives and prokinetics – good or bad? In: Constipation and anorectal insufficiency. Falk Symposium 95. Kluwer Academic Publishers; 1997; 121–9.
10. Цимбалова Е.Г., Потанова А.С., Баранов К.Н. Хронические запоры у детей. Вопросы современной педиатрии 2002; 1 (6): 56–60.
11. Aube A.C. Short-chain fatty acids. Their role in intestinal pathophysiology and therapeutic potential in gastroenterology. Gastroent. Int. 1995; 8/4: 167–76.
12. Goodlad R.A., et al. Effects of an elemental diet, inert bulk and different types of dietary fibers on the response of the intestinal epithelium to refeeding in the rat and relationship to plasma gastrin, enteroglucagon and PYY concentrations. Gut 1987; 28: 171–80.
13. Husebye E., et al. Intestinal microflora stimulates myoelectric activity of rat small intestine by promoting cyclic initiation and abortal propagation of migrating myoelectric complex. Dig Dis Sci, 1994; 39 (5): 946–56.
14. Abrams G.D. et al. PSEBM, 1967; 126: 301–4.
15. Borriello S.P. Bacteria and gastrointestinal secretion motility. Scand J Gastroenterol Suppl 1984; 93: 115–21.
16. Cummings J.H. Constipation, dietary fiber and the control of large bowel function. Post Med J 1984; 60: 811–9.
17. Bouvier M. et al. Effects of consumption of a milk fermented by the probiotic *Bifidobacterium animalis* DN-173 010 on colonic transit time in healthy humans. Bioscience and Microflora 2001; 20 (2): 43–8.
18. Antoine J.M. et al. Effect of a specific probiotic (*Bifidobacterium* sp. DN-173 010) on gut transit time in elderly. The Faseb J. 2000; 14 (4): 160: 11.

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

Пробиотики в лечении инфекционных диарей

Пробиотики – препараты, содержащие микробные клетки или их компоненты которые оказывают благоприятный эффект на организм человека. Эти препараты могут рассматриваться как безопасный компонент терапии при острых инфекционных диареях для уменьшения продолжительности и тяжести заболевания. Для оценки влияния пробиотиков при доказанных или предполагаемых инфекционных диареях был проведен систематический обзор исследований, посвященных этой проблеме.

Авторы провели анализ рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих действие различных пробиотиков с плацебо или без использования пробиотиков у лиц с острой диареей доказанной или предполагаемой инфекционной этиологии из регистра исследований Кокрановской группы по инфекционным болезням, Кокрановского регистра контролируемых исследований, Медлайна, EMBASE, а также материалов, предоставленных производителями этих препаратов или специалистами, работающими в этом направлении. Два исследователя независимо друг от друга оценивали качество методологии исследований и проводили выборку данных.

Двадцать три исследования, отвечавших критериям включения в мета-анализ, описывали 1917 пациентов, в основном из стран с низким уровнем смертности. Исследования различались по испытываемым препаратам, их дозировке, качеству методологии, по определению диареи и ее исходов.

Пробиотики уменьшали риск развития диареи при приеме в течение 3 дней (относительный риск 0,66; доверительный интервал 0,55–0,77, модель случайного эффекта, 15 исследований) и среднюю продолжительность диареи на 30,48 ч (95% доверительный интервал 18,51–42,46 ч, модель случайного эффекта, 12 исследований).

На основании проведенного анализа был сделан вывод, что пробиотики могут являться полезным дополнением к регидратационной терапии при лечении острых инфекционных диарей у детей и взрослых. Однако требуется дополнительные исследования по использованию режимов дозирования некоторых пробиотиков у специфических групп пациентов.

Источник: Allen S.J., Okoko B., Martinez E., Gregorio G., Dans L.F.
The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.