Эффективность применения Биокомплексов «Нормофлорин-Л» и «Нормофлорин-Б» в лечении часто болеющих детей

Л.И Ильенко, И.Н. Холодова

Российский государственный медицинский университет, Москва

В настоящее время общепризнанна роль собственной микрофлоры организма человека в поддержании его здоровья. Различные эндогенные и экзогенные факторы способны вызывать нарушения ее равновесия, приводить к развитию дисбиоза кишечника. При решении вопроса о необходимости коррекции дисбактериоза большое значение имеет адекватная оценка дисбиотических изменений кишечной микрофлоры, правильный выбор препаратов, определение дозы, кратности, последовательности, а также длительности курса терапии. Ответ на эти вопросы подчас вызывает большие трудности. Более чем десятилетний опыт работы с лиофилизированными (сухими) штаммами бифидо- и лактобактерий позволил нам сделать вывод об их достаточно низкой активности и плохой приживляемости. Соответственно разработка новых способов коррекции дисбактериоза кишечника у детей является задачей актуальной и своевременной.

В своей работе мы изучали состояние микрофлоры кишечника у часто болеющих детей (ЧБД), находящихся на лечении в стационаре, а также оценивали эффективность коррекции дисбиотических нарушений кишечника Биокомплексами «Нормофлорин-Л» и «Нормофлорин-Б», выпускаемыми ООО «Бифилюкс», Москва.

Биокомплексы «Нормофлорины» относятся к группе жидких пробиотиков и представляют собой микробную массу бактерий в живой биологически активной форме. Приготовлены на основе чистых культур микроорганизмов – представителей нормальной микрофлоры человека. Кроме этого, живые бифидо- и лактобактерии находятся в питательной среде, содержащей разнообразные продукты жизнедеятельности бактерий и натуральные пребиотики. Таким образом, Биокомплексы «Нормофлорины», сочетая в себе свойства пре- и пробиотиков, являются синбиотиками.

Для выявления степени дисбактериоза и эффективности терапии нами был использован метод микробиологического исследования фекалий, а также сэндвич-вариант твердофазного анализа для определения секреторного иммуноглобулина А в копрофильтратах, разработанного доктором биологических наук Г.В. Вихой. Исследование содержания секреторного иммуноглобулина А в копрофильтратах у 127-ми детей позволили нам определить его нормативные показатели у здоровых детей, а также определить закономерности его изменения при дисбактериозе кишечника. Оказалось, что у детей с дисбактериозом этот показатель значительно изменен в сторону его увеличения (чаще) или снижения (реже). И это объяснимо – ведь дисбиоз кишечника сопровождается изменением его эндоэкологии в сторону увеличения условно-патогенной флоры, которая выступает по отношению к слизистой агрессивно и вызывает формирование неспецифического иммунного ответа в виде повышения секреторного иммуноглобулина А.

Как показали наши исследования, у 92-94% детей, страдающих частыми респираторно-вирусными заболеваниями (ОРВИ), имел место дисбактериоз кишечника I-II степени (по классификации И.Б. Куваевой и К.С. Ладодо, 1991); у 67% детей из кишечника высевались такие условно-патогенные микроорганизмы, как клебсиеллы, протеи, дрожжеподобные грибы рода Кандида, энтеробактеры и другие. Поэтому коррекция микрофлоры кишечника у детей данной группы, на наш взгляд, имеет перспективы в плане повышения общей сопротивляемости к инфекциям.

Под нашим наблюдением находились 89 детей различного возраста: 58 детей в возрасте от 1-го года до 3-х лет, а также 31 ребенок – от 3-х до 7-ми лет, страдающие ОРВИ. Необходимо отметить, что у всех этих детей имелись клинические симптомы дисбиотических нарушений кишечника (чередование поноса с запорами, метеоризм, срыгивания, боли в животе и др.), у 84% детей отмечались признаки атопического дерматита. При микробиологическом исследовании фекалий был выявлен дисбактериоз кишечника I-II степени.

Всем детям проводилось лечение Биокомплексами «Нормофлорин-Л» и «Нормофлорин-Б» – от 10 до 20 мл в зависимости от степени дисбактериоза, причем «Нормофлорин-Л» назначался с утра, а «Нормофлорин-Б» вечером. Курс лечения составил 21 день.

После лечения у 78-ми детей (88,9%) отмечалось улучшение как в клинической, так и в микробиологической картине. Нормализовался аппетит, исчезли боли в животе, метеоризм, улучшился характер стула, уменьшились аллергические проявления на коже.

На фоне лечения содержание облигатной микрофлоры возросло на 2 порядка, происходила нормализация содержания в фекалиях пациентов кишечных палочек, стафилококков, дрожжеподобных грибов рода Кандида. Полной редукции клебсиелл нами отмечено не было, однако их концентрация существенно снизилась (таблица 1).

У части детей, имеющих высокие показатели секреторного иммуноглобулина А (sIgA), после лечения в микрофлоре кишечника, как правило, отмечалось снижение количества кишечной палочки, присутствовали такие микроорганизмы, как клебсиеллы, энтеробактеры, дрожжеподобные грибы рода Кандида, т.е. сохранялись явления дисбиоза кишечника, хотя степень выраженности этих изменений снижалась. Соответственно данной группе детей терапия жидкими пробиотиками продолжалась.

У 5-ти детей, имеющих исходно низкий уровень sIgA, отмечалось незначительное улучшение в микробиологической картине и отсутствие нормализации иммуноглобулина. Данное обстоятельство позволяет нам предположить, что существует группа детей, которым необходимо коррекцию дисбиотических нарушений проводить не только пробиотиками, но и решать вопрос о назначении иммуномодулирующей терапии, а определение уровня секреторного иммуноглобулина А в динамике позволяет определить длительность пробиотической терапии.

Проведенное исследование открывает новые перспективы, как в диагностике, так и в лечении дисбактериоза кишечника у детей. Полученные клинико-лабораторные данные позволяют рекомендовать Биокомплексы «Нормофлорин-Л» и «Нормофлорин-Б» для коррекции дисбиотических нарушений кишечника у детей.

Таблица 1. **Динамика микробиологических показателей фекалий после применения Биокомплексов “Нормофлоринов”.**

Микроорганизмы (м/о)	До коррекции		После коррекции	
	кол-во	%	кол-во	%
Bifidobacterium	$<=10^7$	100	$>=10^9$	100
Lactobacillus	$<=10^5$	100	$>=10^7$	100
E.coli (с норм. свойствами)	$<10^7$	85,4	$>10^8$	92,3
Klebsiella	$>10^7$	37,9	$<10^5$	18,5
Staph.epidermidis	$>10^4$	55,1	$<=10^3$	9,3
Candida	$>=10^4$	44,5	$<10^3$	100

($p<0,01$)