

© Гурова М.М., 2009

М.М. Гурова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГОУ «Курский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Курск, РФ

Применение пробиотического препарата Аципол у детей с хроническими гастродуоденитами в периоде реконвалесценции повышает клиническую эффективность лечения, способствует поддержанию эндоекоосистемы макроорганизма, нормализации метаболических процессов и улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, дети, пробиотики, качество жизни.

Usage of probiotic preparation Acipol in children with chronic gastroduodenitis in period of reconvalence improves clinical efficacy of treatment, assists to support of endoecosystem of organism, to normalization of metabolic processes and to improvement of patient's life quality.

Key words: chronic gastroduodenitis, children, probiotics, life quality.

В настоящее время сохраняет свою актуальность поиск новых возможностей в лечении и профилактике заболеваний органов пищеварения у детей, распространенность которых высока и продолжает расти, превышая 100 случаев на 1000 человек детского населения [1]. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в детском возрасте являются не только предрасполагающими факторами развития воспалительного процесса, но и причиной частого рецидивирования сформировавшейся хронической патологии [2]. В связи с этим особый интерес вызывает применение эффективных подходов в лечении наиболее часто встречающейся патологии ЖКТ – хронических гастродуоденитов (ХГД) у детей не только в период обострения, но и в период реконвалесценции. Проблема усугубляется тем, что лечение обострения ХГД, особенно ассоциированного с хеликобактерной инфекцией, включает применение агрессивных схем терапии в виде сочетания ингибитора протонной помпы и двух и более антибактериальных препаратов [3]. Последствиями такой медикаментозной нагрузки

на организм может быть развитие местных (нарушение энергетического обеспечения пластических процессов в слизистой оболочке желудка – СОЖ) и системных неблагоприятных эффектов, связанных в первую очередь с нарушением микробной экологии ЖКТ [4–6]. Развившийся дисбактериоз кишечника усугубляет биохимический, метаболический и иммунный дисбаланс в организме, препятствуя качественному восстановлению нарушенных в результате болезни функций [4, 7]. У детей с ХГД это может приводить к ухудшению клинического течения основного заболевания, замедлению репаративных процессов в СОЖ и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и к частым последующим обострениям.

В связи с этим нам представляется важным при проведении лечения детей с ХГД обеспечить адекватную коррекцию нарушенного микробного пейзажа кишечника за счет применения пробиотического препарата Аципол, представляющего собой смесь живых штаммов лактобацилл (*L. acidophilus*) и инактивированных прогреванием кефирных грибков (*Kefir greins*). Сочетание

Контактная информация:

Гурова Маргарита Михайловна – к.м.н., доц. каф. педиатрии ГОУ «Курский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Адрес: 305041 г. Курск, ул. К. Маркса, 3

Тел.: (4722)54-92-90, E-mail: itely@mail.ru

Статья поступила 14.10.09, принята к печати 20.01.10.

функциональной активности лактобацилл (ЛБ) в комплексе с иммуномодулирующим действием полисахарида кефирных грибов [4, 6, 8] способствует нормализации эубиотических параметров, качественному восстановлению местных морфофункциональных нарушений и регуляторных взаимоотношений при ХГД у детей.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 32 ребенка с ХГД, получавших в качестве базисной терапии антисекреторные (омепразол) и антибактериальные препараты (амоксциллин, кларитромицин) в возрастных дозировках в течение 10 дней. После проведения основного курса лечения всем детям назначали невсасывающийся алюминий/магний-содержащий антацид (Маалокс) для улучшения репаративных процессов СОЖ [9] по 1 табл. 4 раза в день в течение 2 недель.

С целью изучения клинической эффективности, возможности влияния на метаболические процессы, состояние микрофлоры кишечника и качество жизни у детей с ХГД после проведения эрадикационной терапии применяли препарат Аципол, в связи с чем дети были разделены на 2 группы, идентичные по возрасту, полу и характеру течения заболевания. 1-ю группу (основную) составили 17 детей (7 мальчиков и 10 девочек, средний возраст $12,6 \pm 1,7$ лет), которые дополнительно к антацидному препарату получали Аципол по 1 капс. 2 раза в сутки после еды продолжительностью 14 дней. 2-я группа (сравнения) включала 15 детей (6 мальчиков и 9 девочек, средний возраст $12,9 \pm 1,8$ лет), получавших только антацидный препарат.

Метод организации выборки носил характер стратификационного отбора с формированием простой случайной выборки. Диагностику ХГД осуществляли на основании данных анамнеза, клинической симптоматики (характера и выраженности болевого и диспептического

синдромов). Лабораторно-инструментальный комплекс обследований включал общеклинические и биохимические исследования крови, мочи, копрологическое исследование, исследование фекалий на дисбактериоз, яйца глистов и протейших, УЗИ органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). Для исследования качества жизни использовали адаптированный опросник SF-36, включающий в себя 36 вопросов, характеризующих различные сферы качества жизни, применявшийся после эрадикационной терапии и в динамике через 2 недели.

При проведении статистического анализа результатов в связи с небольшим объемом выборок были использованы непараметрические критерии (Пирсона χ^2 и Колмогорова–Смирнова λ), где в качестве критерия достоверности рассматривался уровень вероятности $p < 0,05$. Статистический анализ осуществляли с помощью статистического пакета SPSS 13.0 для Windows.

Результаты и их обсуждение

Перед проведением эрадикационной терапии обращали на себя внимание следующие клинические особенности ХГД. Болевой синдром являлся ведущим в клинической картине заболевания и определялся у всех пациентов. Боли локализовались преимущественно в верхней половине живота: подложечной области (20 детей – 62,5%), левом подреберье (10 детей – 31,25%), правом подреберье (8 детей – 25%). Однако в 6 случаях (18,75%) определялись боли в правой подвздошной области и в 8 случаях (25%) – в околопупочной области. Диспептический синдром характеризовался достоверным преобладанием симптомов желудочной диспепсии (у 87,5% больных), тогда как проявления кишечной диспепсии были выявлены в 34,4% случаев.

После окончания базисной терапии у всех детей имела место положительная клиническая динамика, характеризующаяся значительным

Таблица 1

Характерные особенности болевого синдрома до и после проведения эрадикационной терапии

Проявления болевого синдрома	До проведения эрадикации n (%)	После проведения эрадикации n (%)
Болезненность в подложечной области	20 (62,5)*	2 (6,25)
Болезненность в левом подреберье	10 (31,25)*	3 (9,37)
Болезненность в правом подреберье	8 (25)	5 (15,6)
Болезненность вокруг пупка	8 (25)	14 (43,7)
Болезненность по ходу толстой кишки	4 (12,5)	12 (31,25)*
Болезненность в правой подвздошной области	8 (25)	9 (28,1)
Болезненность в левой подвздошной области	0	9 (28,1)*

Здесь и в табл. 2 и 3: * $p < 0,05$.

Таблица 2

**Характерные особенности диспептического синдрома
до и после проведения эрадикационной терапии**

Проявления диспептического синдрома	До проведения эрадикации n (%)	После проведения эрадикации n (%)
Изжога	9 (28,1)*	0
Отрыжка	11 (34,3)*	3 (9,37)
Тошнота	12 (37,5)	0
Рвота	5 (15,6)	0
Горечь во рту	8 (25)	4 (12,5)
Метеоризм	11 (31,25)	21 (65,6)*
Стул, количество раз в неделю	6,8±1,8	7,4±3,2
Неустойчивый стул	5 (15,6)	13 (40,6)*
Запоры	11(31,25)	8 (25)

уменьшением болевого и диспептического синдромов. При оценке характера сохраняющихся жалоб можно заключить, что в клинической картине на первом месте был диспептический синдром. Боли в животе в виде самостоятельной жалобы предъявляли 25% детей (8), боли при пальпации живота выявлялись у 43,7% (14 детей), преимущественно по ходу толстой кишки и в гипогастрии в отличие от локализации болей до проведения эрадикационной терапии (табл. 1).

Диспептический синдром в виде кишечной диспепсии разной степени выраженности присутствовал у 65,6% детей (21), характеризуясь вздутием живота и урчанием по ходу толстой кишки, изменением характера и частоты стула. Симптомы желудочной диспепсии сохранялись у 12,5% детей (4) в виде периодической горечи во рту и отрыжки (табл. 2).

Таким образом, в клинической картине детей с ХГД после проведения эрадикационной терапии преобладали симптомы кишечной диспепсии в виде вздутия живота, изменения частоты и консистенции стула. Так, у 52,9% пациентов основной группы и 53,3% детей группы сравнения периодически (в среднем до 5 раз в неделю) отмечался неоформленный стул. Частота стула более чем 7 раз в неделю (в среднем до 10 раз) была характерна для 41,2% детей основной группы и 40% группы сравнения. Жалобы на запоры после проведенного лечения беспокоили меньше, о чем свидетельствует недостоверное увеличение частоты стула с исходных 6,8±1,8 до 7,4±3,2 раз в неделю. Болевой синдром характеризовался умеренно выраженными колющими болями в околопупочной области и по ходу толстой кишки, не связанными с приемом пищи, возникающими перед дефекацией и при физической нагрузке.

Данные копрологического исследования выявили умеренно выраженную креаторею и стеаторею 2-го типа (до двух «+») у 47% детей основной группы и 46,6% детей группы сравнения. При оценке микробного пейзажа кишечника у

детей с ХГД после проведенной антихеликобактерной терапии в обеих группах было выявлено уменьшение количества основных представителей нормального биоценоза кишечника со снижением бифидобактерий (ББ) до lg 5,67±0,98 мт/г, ЛБ – до lg 6,86±1,1 мт/г, в группе сравнения – соответственно lg 6,02±1,03 и lg 6,93±0,99 мт/г. Помимо уменьшения ЛБ и ББ, у детей обеих групп примерно в 1/3 случаев обнаруживались дрожжеподобные грибы, энтерококки, представители условно-патогенной флоры.

Оценка качества жизни у детей с ХГД в периоде реконвалесценции в обеих группах выявила снижение параметров, характеризующих ролевое физическое функционирование (RF), влияние эмоционального состояния (RE) на выполнение той или иной повседневной деятельности и оценку перспектив своего здоровья и результатов лечения (GH и VT) (рис. 1). В качестве нормативных показателей были взяты результаты, полученные при

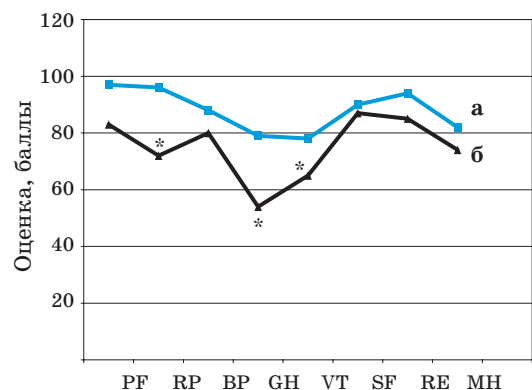


Рис. 1. Качество жизни у детей с ХГД в периоде реконвалесценции по сравнению со здоровыми сверстниками.

Здесь и на рис. 4: PF – физическое функционирование, RP – ролевое физическое функционирование, BP – общее здоровье, VT – жизнеспособность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое эмоциональное функционирование, MH – психическое здоровье; *p<0,05; а – здоровые дети, б – дети с ХГД.

Таблица 3

**Характеристика основных копрологических синдромов
до и после применения Аципола**

Копрологические синдромы	Исходно n (%)	После лечения n (%)
Нарушения внешней секреции поджелудочной железы (нейтральный жир +)	1 (5,8)	0
Нарушения пищеварения в тонкой кишке (внеклеточный крахмал)	9 (52,9)	3 (17,6)*
Нарушения пищеварения в толстой кишке (перевариваемая клетчатка, внутриклеточный крахмал)	15 (88,2)	4 (23,5)*

оценке качества жизни практически здоровых школьников, учащихся средней школы 8-го класса (средний возраст $12,44 \pm 0,58$ лет) в количестве 22 человека с пропорциональным соотношением мальчиков и девочек.

После проведенного лечения пробиотическим препаратом у детей основной группы отмечалась достоверно ($p < 0,05$) более быстрая регрессия болевого абдоминального и диспептического синдромов (в среднем на 5 дней). Тогда как в группе сравнения клинические проявления сохранялись после проведенного лечения у 33,3% детей. Нормализация стула у 76,4% детей основ-

ной группы была достигнута к 10-му дню приема препарата, к окончанию курса лечения только у 2 пациентов отмечались проблемы со стулом, характеризующиеся склонностью к запорам (стул был через день). В то же время у 53,3% детей группы сравнения сохранялись изменения характера стула после проведенного лечения.

По результатам копрологического исследования у детей обеих групп в динамике отмечалось уменьшение амило- и креатореи. После применения Аципола у пациентов основной группы отмечалась более выраженная положительная динамика со стороны ведущих копрологических синдромов (табл. 3), тогда как более чем у половины детей группы сравнения изменения сохранялись.

Со стороны микробного пейзажа кишечника после проведения лечения у детей основной группы отмечалась отчетливая тенденция к нормализации микрофлоры за счет повышения количества облигатных представителей (ЛБ до $\lg 8,05 \pm 1,3$ мт/г и ББ до $\lg 7,89 \pm 1,5$ мт/г, $p < 0,05$) и исчезновения представителей условно-патогенной флоры. У детей группы сравнения данные показатели после проведенного лечения изменились незначительно: количество ЛБ составило $\lg 7,02 \pm 0,87$ мт/г, ББ – $\lg 6,54 \pm 0,98$ мт/г, в 26,6% случаев выявлялась условно-патогенная флора (рис. 2 и 3).

При изучении динамики качества жизни после применения курса лечения пробиотиком

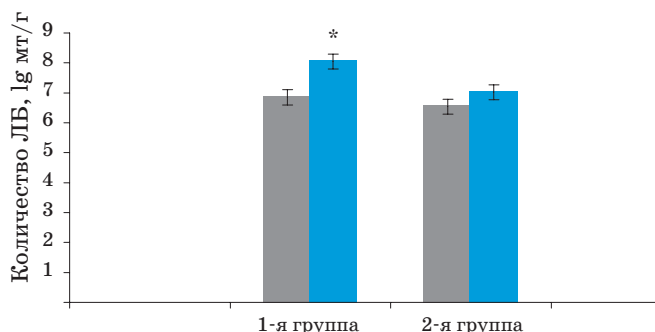


Рис. 2. Динамика количества ЛБ у детей с ХГД основной группы и группы сравнения после лечения. Здесь и на рис. 3: ■ – исходно, ■ – после лечения; * $p < 0,05$.

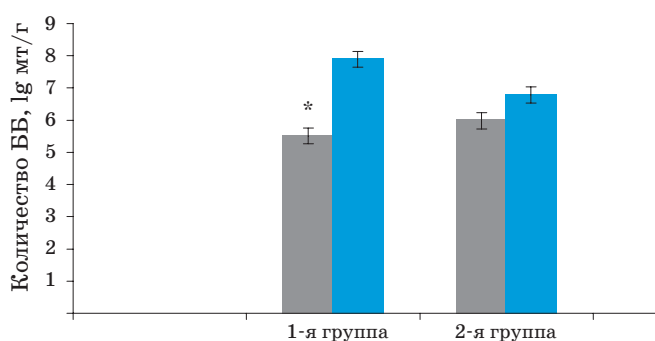


Рис. 3. Динамика количества ББ у детей с ХГД основной группы и группы сравнения после лечения.

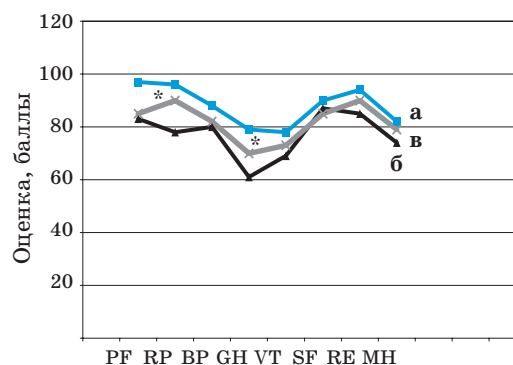


Рис. 4. Оценка качества жизни у детей с ХГД после приема препаратов. а – здоровые дети, б – 1-я группа, в – 2-я группа.

было выявлено следующее: в основной группе отмечалось улучшение качества жизни по всем параметрам, наиболее заметное в графах, характеризующих ролевое физическое функционирование (т.е. способность выполнять повседневную деятельность), общее состояние здоровья, оценку перспектив лечения и повышение жизнеспособности (рис. 4).

Полученные нами результаты позволяют сделать вывод, что применение пробиотического пре-

парата с ЛБ (Аципола) у детей с ХГД в период реконвалесценции повышает клиническую эффективность лечения, способствует поддержанию эндозоосистемы макроорганизма, нормализации метаболических процессов и улучшению качества жизни пациентов. Принимая во внимание спектр активности данного препарата, можно заключить, что его применение в клинической практике открывает новые перспективы для оптимизации лечения детей с ХГД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назарова Е.И., Кузьмичева Ю.Г., Леонов А.В. и др. Особенности гастроэнтерологической патологии у детей и пути оптимизации гастроэнтерологической помощи. *Здравоохранение РФ*. 2006; 1: 32–34.
2. Корсунский А.А. Профилактическая и превентивная гастроэнтерология детского возраста как один из путей снижения заболеваемости детей и взрослых. М.: МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, 1999.
3. Корниенко Е.А., Дроздова С.Н., Серебрянная Н.Б. Пробиотики как способ повышения эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* у детей. *РМЖ (Детская гастроэнтерология и нутрициология)*. 2005; 13 (3): 168–169.
4. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. М.: ФСП, 2006.
5. Хавкин А.И., Жихарева Н.С. Коррекция дисбиотических изменений кишечника у детей на современном этапе. *РМЖ (Детская гастроэнтерология и нутрициология)*. 2004; 12 (16): 3–6.
6. Rolfe RD. The role of probiotic cultures in the control of gastrointestinal health *J. Nutr.* 2000; 130 (Suppl.): 396–402.
7. Stanton C et al. Market potential for probiotics. *Am. J. Clin. Nutr.* 2001; 73 (suppl.): 476–483.
8. Gorbach SL. Lactic acid bacteria and human health. *Ann. Med.* 1990; 22: 37–41.
9. Ермолова Т.В., Шабров А.В., Кашерининова И.И., Ермолов С.Ю. Роль современных антацидных препаратов в гастроэнтерологической клинике. *Consilium medicum*. 2003; 1: 15–18.