

УДК 616.34-002-08

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ БІФІЛАКТ ЕКСТРА® У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Г.В. Чабан, О.М. Маїстренко, О.А. Герасименко, О.С. Савица, В.М. Бондаренко
Одеський державний медичний університет, м. Одеса

Стаття виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Одеського державного медичного університету і являє собою окремий фрагмент теми: "Взаємозв'язок патологічних і імунологічних змін при гепатитах різної етіології, TORCH-інфекціях та їх корекція" (№ держреєстрації 01008001104).

У статті представлені данні обстеження 60 хворих на ГКЗ з секреторним (n=30) та інвазивним (n=30) типом діареї. Встановлено, що призначення Біфілакт Екстра® з першого дня лікування має значну перевагу над застосуванням антибактерійних засобів у хворих на ГКЗ: вірогідно зменшує термін діареї та інтоксикаційного синдрому, прискорює зникнення скарг на слабкість, нудоту та болі у животі.

Ключові слова: гострі кишкові захворювання, Біфілакт Екстра®, секреторні діареї, інвазивні діареї.

Проблема діагностики та терапії гострих кишкових інфекцій в сучасних умовах залишається доволі актуальною. Доволі часто зустрічається резистентність збудників до антибактерійних препаратів, формування лактозної недостатності [2,4]. Майже 30-40% діарейних захворювань залишається нерозпізнаними [1,7], тому необхідно застосовувати нові підходи до діагностики і лікування гострих кишкових захворювань (ГКЗ), що базуються на встановленні патогенетичних механізмів розвитку хвороби, типу діареї (інвазивна, секреторна, осмотична). Це дозволить ще до встановлення етіологічного діагнозу призначити адекватну терапію. В лікуванні хворих на ГКЗ, незалежно від етіології, важливим є нормалізація мікрофлори кишечника і підвищення його колонізаційної резистентності [3,6]. Фармакологічні властивості вітчизняного препарату Біфілакт Екстра® дозволяють призначати його з першого дня терапії, за необхідністю одночасно з антибактеріальними препаратами.

До складу Біфілакт Екстра® входять бактерії р.Bifidobacterium, р.Lactobacillus та комплекс активізованих біополімерів: целюлоза, геміцелюлоза, пектин, лігнін. Ефективність Біфілакт Екстра® при ГКЗ обумовлена декількома факторами. По-перше, лакто- і біфідобактерії відносяться до представників нормальної мікрофлори кишечника та мають виразний антагонізм по відношенню до патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. По-друге, ферменти лакто- і біфідобактерій сприяють перетравленню компонентів їжі, а також приймають участь у синтезі вітамінів К, РР, групи В, незамінних амінокислот, β-аланіну, ГАМК та інших, сприяють засвоєнню солей кальцію, вітаміну D. По-третє, метаболіти біфідобактерій запобігають накопиченню харчового гістидину, що обумовлює антиалергічний ефект. По-четверте, бактеріальні модуліни, стимулюють лімфоїдний апарат кишечника, синтез імуноглобулінів, інтерферону, цитокінів. Особливе значення мають біополімери, що входять до складу Біфілакт Екстра®. Вони виявляють виразну сорбуючу дію по відношенню до екзо- і ендотоксинів, інтенсивно сорбують іони важких металів, а також є поживною середою для нормофлори кишечника [5].

Метою роботи було вивчення клінічної ефективності комплексного пробіотику Біфілакт Екстра® у лікуванні хворих на ГКЗ з різними типами діареї.

Матеріал та методи дослідження. Під наглядом знаходилось 60 хворих на ГКЗ, з них у 10 пацієнтів спостерігався гастроентероколіт, у 20 - ентероколіт, у 24 - гастроентерит, а у 16 - ентерит. Незалежно від етіології захворювання пацієнти були розділені за типом діареї на дві групи по 30 хворих: у першу ввійшли хворі з гастроентеритом та ентеритом (секреторні діареї), у другу - з гастроентероколітом та ентероколітом (інвазивні діареї). Методом випадкової вибірки пацієнтів першої та другої груп розподілили на основну (1а, 2а) та контрольну групи (1б, 2б). Групи були рандомізовані за статтю, віком та важкістю захворювання. Всі хворі отримували оральну або парентеральну регідраційну терапію залежно від важкості стану, ферментні препарати (мезим форте, панкреатин). Пацієнти основної групи (1а, 2а) приймали Біфілакт Екстра® по 1 капсулі тричі на день з першого дня лікування. Хворим основної групи з інвазивним типом діареї (2а) додатково призначали антибактерійні препарати (ніфуроксазид, норфлуксацин, ципрофлоксацин). Пацієнти контрольної групи (1б, 2б) приймали антибактерійні препарати без пробіотиків.

Результати дослідження та їх обговорення. Ефективність терапії оцінювали за тривалістю суб'єктивних даних, діарейного та інтоксикаційного синдромів (таблиця).

Таблиця

Тривалість основних клінічних симптомів у хворих на ГКЗ залежно від типу діареї та методу терапії (M±m), діб

Симптоми, доба	Секреторні діареї (1 група, n=30)		Інвазивні діареї (2 група, n=30)	
	Біфілакт Екстра® (1а, n=15)	Антибактерійні препарати (1б, n=15)	Біфілакт Екстра® + антибактерійні препарати (2а, n=15)	Антибактерійні препарати (2б, n=15)
Слабкість	4,0±0,3 ^{1,2}	5,9±0,2 ^{1,2}	5,2±0,2 ^{1,2}	8,5±0,2 ^{1,2}
Біль у животі	2,5±0,2 ^{1,2}	4,0±0,2 ^{1,2}	3,4±0,2 ^{1,2}	5,1±0,2 ^{1,2}
Головний біль	1,8±0,4	2,1±0,2	1,8±0,3	2,6±0,4
Нудота	1,4±0,1	1,6±0,2	1,5±0,2 ¹	2,0±0,1 ¹
Блювота	1,4±0,1	1,5±0,1	1,4±0,2	1,7±0,2
Температура тіла	2,0±0,2 ^{1,2}	4,2±0,2 ^{1,2}	2,9±0,4 ^{1,2}	4,8±0,2 ^{1,2}
Діарея	4,3±0,2 ^{1,2}	6,4±0,2 ^{1,2}	6,0±0,2 ^{1,2}	8,3±0,2 ^{1,2}
Метеоризм	2,3±0,3	2,0±0,1	1,9±0,2	2,4±0,2
Обкладений язик	4,0±0,3 ^{1,2}	5,0±0,2 ^{1,2}	5,0±0,2 ^{1,2}	7,0±0,2 ^{1,2}
Біль при пальпації живота	3,2±0,2 ¹	4,0±0,2 ^{1,2}	3,4±0,2 ¹	5,5±0,2 ^{1,2}
Спазм сигмоподібної кишки	-	-	1,6±0,3 ¹	3,2±0,2 ¹

П р и м і т к и: 1 - різниця вірогідна (p<0,05) між групами 1а, 1б та 2а, 2б; 2 - різниця вірогідна (p<0,05) між групами 1а, 2а та 1б, 2б.

У хворих які отримували Біфілакт Екстра® підвищення температури спостерігалось в більшості випадків до 3 діб (2,0 ± 0,2) і (2,9 ± 0,4) діб відповідно (p<0,05), а в тих що приймали лише антибактерійні препарати, тривалість гіпертермії була вірогідно вищою (4,2 ± 0,2) і (4,8 ± 0,2) діб відповідно (p<0,05). Аналогічна тенденція спостерігалась і відносно скарг на слабкість та болі у животі. Вірогідної різниці тривалості скарг на головний біль не виявлено. Вірогідне скорочення терміну скарг на нудоту спостерігалось лише у хворих з інвазивною діареєю, що приймали Біфілакт Екстра® (1,5 ± 0,2) дні проти (2,0 ± 0,1) дні (p<0,05). Нормалізація випорожнень кишечника у хворих, що приймали антибактерійні препарати спостерігалась пізніше, ніж на тлі прийому Біфілакт Екстра®. Так, в групі 1б середня тривалість діарейного синдрому складала (6,0 ± 0,2) діб, а в групі 1а – (4,3 ± 0,2) діб (p<0,05). В групі 2б припинення діареї відзначалось на 1,9 доби пізніше, ніж в групі 2а (8,3 ± 0,2) і (6,4 ± 0,2) діб відповідно, (p<0,05). Така тенденція спостерігалась і при аналізі показників тривалості інших симптомів, які характеризують ураження дигестивної системи (таблиця). По завершенню курсу лікування результати бактеріологічного дослідження кала у хворих усіх груп були негативними. Отримані данні свідчать про доцільність призначення Біфілакт Екстра®, з першого дня лікування хворих на ГКЗ : за наявності секреторної діареї у якості етіотропного засобу, а при інвазивній діареї – як складову патогенетичного лікування.

Дискусія

У хворих, які приймали Біфілакт Екстра®, вірогідно зменшувався термін діареї та інтоксикаційного синдрому, скоріше зникали скарги на слабкість, нудоту та біль у животі. Використання Біфілакт Екстра® скорочує терміни одужання хворих на ГКЗ і може бути рекомендовано для широкого використання у клінічній практиці.

Література

1. Лобзин Ю. В. Острые кишечные диарейные инфекции (клинико-патогенетические подходы к диагностике) / Ю. В. Лобзин, Ю. А. Винакмен, Ю.П. Финогеев // Военно-медицинский журнал. – 1996. - Т. 319, № 8. – С. 12-16.
2. Малов В. А. Антибактериальные препараты в лечении острых кишечных (диарейных) заболеваний / В. А. Малов, А. Н. Горобченко // Лечащий врач. - 2006. - № 5. - С. 85-89.
3. Стратегия и тактика диагностики и лечения острых кишечных инфекций: метод. рекомендации / состав. : В. А. Неверов. – СПб., 1996. – 12 с.
4. Страчунский Л. С. Состояние антибиотикорезистентности в России / Л. С. Страчунский // Клиническая фармакология. - 2000. - № 2. - С. 6-9.
5. Харченко Н. В. Етіопатогенетичні підходи до лікування деяких форм синдрому подразненого кишечника / Н. В. Марченко, Г. А. Анохіна, О. М. Кисла // Здоров'я України. – 2006. – № 21/1. – С. 45–47.
6. Шендеров Б. А. Нормальная микрофлора и ее роль в поддержании здоровья человека / Б. А. Шендеров // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - № 1. - С. 61-65.

7. Ющук Н. Д. Острые кишечные инфекции, диагностика и лечение / Н. Д. Ющук, Л. Е. Бродов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. - № 3. - С. 33-35.

Резюме

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
БИФИЛАКТ ЭКСТРА® У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ
КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Чабан Т. В., Майстренко О. Н., Герасименко Е. А.,
Совирда О. С., Бондаренко В. Н.**

В статье представлены данные обследования 60 больных ОКЗ с секреторным (n=30) и инвазивным (n=30) типом диареи. Установлено, что назначение Бифилакт Экстра® с первого дня лечения имеет значительное преимущество перед применением антибактериальных средств у больных ОКЗ: достоверно уменьшает сроки диареи и интоксикационного синдрома, ускоряет исчезновение жалоб на слабость, тошноту и боли в животе.

Ключевые слова: острые кишечные заболевания, Бифилакт Экстра®, секреторные диареи, инвазивные диареи.

**CLINICAL EFFECT OF BIFILACT EXTRA IN THE
PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL DISEASES**

**Chaban T. V., Majstrenko O. M., Gerasymenko O. A.,
Sovirda O. S., Bondarenko V. M.**

Results of investigation of 60 patients with AID with secretor (n=30) and invasive (n =30) diarrheas' type are presented. It is established, that using of Bifilact Extra has the advantage over using of antibacterial means for the patients with AID from the first day: decreasing of the terms of diarrhea and intoxicative syndrome, accelerates disappearance of complains of a weakness, nausea and pain in a stomach.

Key words: acute intestinal diseases, Bifilact Extra, secretor diarrheas, invasive diarrheas.

Стаття надійшла 12.04.10

УДК 616.36-002.1-08

**ЗМІНИ ВМІСТУ АДФ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ
ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В**

Т. В. Чабан, О. С. Совирда, О. А. Герасименко, О. М. Майстренко, Т. Ф. Ковальська
Одеський державний медичний університет, м. Одеса

Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідної теми кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Одеського державного медичного університету: "Взаємозв'язок патологічних і імунологічних змін при гепатитах різної етіології, TORCH-інфекціях та їх корекція" (№ держреєстрації 01008001104).

Обстежено 80 хворих на хронічний гепатит В від 20 років і старші, які залежно від віку були розподілені на 4 вікові групи. Кожній віковій групі хворих відповідала одновікова група донорів. В результаті проведених досліджень встановлено, що хронічний гепатит В помірної активності супроводжується зниженням вмісту АДФ в еритроцитах крові. Глибина виявлених змін залежить від віку та статі хворих.

Ключові слова: хронічний гепатит В, АДФ.

Гепатит В є однією з найбільш актуальних проблем інфектології. Захворюваність стабільно тримається на високому рівні, а багато питань пов'язаних з патогенезом і терапією цієї хвороби залишаються нерозв'язаними [1]. Серед численних факторів патогенезу вірусних гепатитів одним із важливіших є розвиток гіпоксії, в патогенезі якої суттєве значення надається порушенню функціонального стану еритроцитів. Між тим відомо, що гіпоксія призводить до зниження рівня макроергів, накопиченню Ca^{2+} в клітинах, активації мембранних фосфоліпаз, підвищенню катіонної проникності мембран мітохондрій, внаслідок чого порушується окислювальне фосфорилування, аж до його роз'єднання [2,4,5]. Одночасно знижується синтез сечовини, уповільнюється β - окислення жирних кислот, інактивація біогенних амінів, в результаті чого в організмі накопичуються продукти незакінченого обміну, що негативно впливають на функцію органів і систем [1,3]. Враховуючи вищесказане метою дослідження став аналіз вмісту макроергів, а саме АДФ в еритроцитах крові чоловіків і жінок різного віку хворих на хронічний гепатит В (ХГВ) помірної активності в динаміці його перебігу

Метою роботи було дослідження вмісту макроергів, а саме АДФ, в еритроцитах крові хворих на ХГВ помірної активності.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проводили на хворих чоловіках та жінках (80) які в залежності від віку були розподілені на 4 групи 1) 20-39; 2) 40-49; 3) 50-59; 4) 60 і старші.