



УДК 6165-071+616.97-071

І. В. Ашаніна

КОРЕКЦІЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ПРИХОВАНИЙ РАННІЙ СИФІЛІС ПРЕПАРАТАМИ ПРО- І ПРЕБІОТИКІВ

Одеський державний медичний університет

Сьогодні ні в кого не викликає сумніву велике значення нормального стану біоценозу кишечника для життєдіяльності людини [1–3]. Якісні та кількісні зміни вмісту кишкових мікробів значною мірою позначаються на функціональній активності різних органів і систем [4–5]. Не є винятком у цьому плані і стан імунної системи: мікробні асоціації відіграють не останню роль у формуванні місцевого імунітету, загальної неспецифічної резистентності, синтезі імуноглобулінів, беруть участь у синтетичних та обмінних процесах [6–8]. Успішність специфічної терапії сифілісу залежить також і від успішності неспецифічної терапії, покращання імунного статусу хворого, імунологічна реактивність значною мірою сприяє глибокому розумінню клінічних проявів, особливостей перебігу та наслідків проведеного лікування, імунна відповідь при сифілісі формується за рахунок змін з боку клітинної та гуморальної ланок імунітету. Присутність *Sp. Pallida* приводить до розмодулювання імунологічної стабільності.

В зв'язку з цим для ефективності лікування різних за-

хворювань слід враховувати всі ланки та засоби їх регулювання; одна з цих ланок — нормалізація кишкового мікробіоценозу [9].

Мета даного дослідження — вивчення впливу препаратів про- і пребіотика на стан мікробіоценозу товстої кишки у хворих на прихований ранній сифіліс (ПРС).

Матеріали та методи дослідження

Стан кишкового мікробіоценозу досліджували у 55 хворих на ПРС віком 21–40 років. Діагноз ПРС встановлювали за такими показниками: сумнівний контакт за останні 0,5–2 роки, відсутність клінічних проявів (можлива лише наявність вторинних пігментацій на місці колишніх висипів), позитивні серологічні реакції (PW і РІФ).

Контрольна група — 20 хворих, які отримували пеніцилін (курсова доза 144 млн од.) та вітаміни В6 і В12. Основна група — 35 хворих, які додатково до вищевказаного лікування отримували препарат пребіотика «Біфідумбактерин» (по 5 доз тричі на добу), а також препарат пребіотика інуліну з

цикорію (по 500 мг тричі на день). Тривалість лікування — 28 днів.

У хворих в 1-й та 29-й день забирали матеріал із товстої кишки в кількості 1–4 г у стерильний посуд за допомогою стерильного інструменту. Термін доставки матеріалу в мікробіологічну лабораторію — 1–2 год (в деяких випадках матеріал зберігався в холодильнику при +4 °С не більше 6 год).

Мікробіологічні дослідження матеріалу проводили відповідно до методичних рекомендацій МОЗ України [10]. Для визначення біфідо- і лактобацил робили посіви на модифіковане середовище Блаурока, використовуючи великі розведення матеріалу з товстого кишечника (1:10⁶). Умови інкубації: +37 °С, 24 год, анаеростат. Мазки забарвлювали за Грамом, за характерними морфологічними ознаками визначали наявність біфідумбактерій і лактобацил.

E. coli визначали після посівів на середовище Ендо, а гриби *Candida albicans* — після посівів на середовище Сабуро з наступним вирощуванням на середовищі з солодовим суслом.



Результати дослідження та їх обговорення

Для нормалізації мікрофлори товстої кишки використовували велику кількість різноманітних пробіотичних препаратів [11], з яких найефективнішими виявилися препарати, що містять біфідобактерії [12–14]. Для стимулювання росту біфідобактерій використовували препарати пребіотиків [15–16], з яких найефективнішим виявився інулін із цикорію [17].

В таблиці наведено результати мікробіологічного дослідження матеріалу пацієнтів із ПРС, які отримували звичайну терапію (контроль) і комплексну з включенням біфідумбактерину та інуліну (основна група). Як видно з цих даних, у контрольній групі у більшості (понад 85 %) пацієнтів спостерігалось зниження рівня основних пробіотичних бактерій — біфідобактерій та лактобацил.

Одночасно відмічалось зниження загального рівня кишкової палички (*E. coli*). Навпаки, у певної частини хворих спостерігалось збільшення кількості грибів *Candida*.

Базове лікування хворих на ПРС не поліпшило стану мікробіоценозу товстої кишки, більше того, кількість пробіотичних бактерій продовжувала зменшуватися.

Застосування про- і пребіотиків в основній групі суттєво поліпшило мікробний статус: зросла кількість пацієнтів із нормальним рівнем біфідумбактерій і лактобацил, значно зменшилася кількість хворих із підвищеним вмістом грибів *Candida*.

Таким чином, лікування хворих на ПРС з використанням препаратів про- і пребіотиків покращує стан мікрофлори товстої кишки. Встановлення еубіотичної рівноваги сприяє посиленню імунологічної резистентності організму, кращому всмоктуванню лікарських засобів, активації детоксикаційної та синтетичної функцій організму.

Висновки

1. У більшості пацієнтів з ПРС відмічається значне зниження рівня пробіотичних бактерій і збільшення рівня вмісту грибів *Candida*.

2. Застосування про- і пребіотиків позитивно впливає на мікробіоценоз товстої кишки, збільшуючи кількість пацієнтів з нормальним вмістом пробіотичних бактерій і знижуючи кількість хворих із підвищеним рівнем вмісту грибів *Candida*.

3. Отже, можна зробити висновки, що до комплексної терапії хворих на сифіліс, зокрема антибактеріальних препаратів, є доцільним включення пре- і пробіотичних засобів,

особливо при прихованому сифілісі, коли давність захворювання значна, а порушення імунного статусу найбільші. Нормалізація мікробіоценозу товстої кишки, враховуючи важливе значення нормофлори, покращить якість лікування основного захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шендеров Б. А. Нормальная микрофлора и её роль в поддержании здоровья человека // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 1998. — № 1. — С. 61-65.
2. Воробьев А. А., Лыкова Е. А. Бактерии нормальной микрофлоры: биологические свойства и защитные функции // Журн. микробиологии. — 1999. — № 6. — С. 102-105.
3. Ткаченко Е. И. Питание, эндоэкология человека, здоровье, болезни. Современный взгляд на проблему их взаимосвязей // Терапевт. архив. — 2004. — Т. 76, № 2. — С. 67-71.
4. Несвижский Ю. В. Изучение перспективности кишечного микробиоценоза человека в норме и при патологии // Вестник РАМН. — 2003. — № 1. — С. 49-53.
5. Яковлев М. Ю. Элементы эндотоксиновой теории физиологии и патологии человека // Физиол. человека. — 2003. — Т. 29, № 4. — С. 98-109.
6. Иванов О. А., Ломоносов Н. М., Степина Н. А. Оценка иммунного статуса больных ранним сифилисом и его прогностическое значение для негативизации серологических реакций // Рос. журнал кож. и венер. болезней. — 1998. — № 6. — С. 47-51.
7. Стрельцова О. Терапевтические возможности комбинированной терапии під час лікування різноманітних форм піхвової інфекції // Ліки України. — 2004. — № 12. — С. 103-104.
8. Микроеккологія і показателі гуморального імунітету влагалища жінок з неспецифічними запальними захворюваннями геніталій / Е. А. Воропаєва, С. С. Афанасьєв, М. В. Кудрявцева і др. // ЖМЭИ. — 2005. — № 3. — С. 65-69.
9. Каширская Н. Ю. Значение пробиотиков и пребиотиков в регуляции кишечной микрофлоры // Рос. мед. журнал. — 2000. — Т. 8, № 13-14. — С. 572-575.
10. Микробиологическая диагностика дисбактериозов: Метод. указания / МЗ Украины. — К., 1986. — 27 с.

Таблиця
Мікробні показники матеріалу з товстої кишки хворих на ПРС до і після лікування з використанням про- і пребіотиків, %

Показники	До лікування, %	Після лікування, %	
		Контроль	Основна група
Кількість пацієнтів зі зниженим рівнем біфідобактерій	85,7	95	62,8
Кількість пацієнтів зі зниженим рівнем лактобацил	85,0	90	54,3
Кількість пацієнтів зі зниженим рівнем <i>E. coli</i>	69,7	70	57,1
Кількість пацієнтів зі збільшеним рівнем грибів <i>Candida</i>	16	15	2,8



11. Бондаренко В. М., Воробьев А. А. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией // ЖМЭИ. — 2004. — № 1. — С. 84-92.

12. О некоторых биологических свойствах бифидобактерий / Н. А. Поликарпов, Н. И. Бевз, А. Н. Виктор и др. // ЖМЭИ. — 1992. — № 4. — С. 6-8.

13. Бифидофлора в продуктах питания / А. Г. Храмов, И. А. Евдокимов, С. А. Рябцева и др. // Вестн.

Сев.-Кавк. ГТУ. Сер. Продовольствие. — 2003. — № 1. — С. 45-48.

14. Коррекция дисбактериозов кишечника у пожилых больных с использованием бифидумбактерина при разных способах введения / Т. А. Чулок, К. Г. Каверина, С. Л. Шумова и др. // ЖМЭИ. — 2004. — № 2. — С. 76-78.

15. Roberfroid M. B. Prebiotics and synbiotics: concepts and nutritional properties // Brit. J. Nutr. — 1998. — Vol. 80, N 4. — P. 5197-5202.

16. Отт В. Д., Муквич Е. Н., Тищенко В. К. Микробиоценоз и функциональное состояние слизистого барьера кишечника у детей, вскармливаемых смесью с пребиотиками // Здоровье женщины. — 2003. — № 3. — С. 115-118.

17. Левицкий А. П. Инулин — пища для бактерий, лекарство для людей. — Одесса: Изд-во КГОГТ, 2003. — 28 с.

УДК 616.127-089-06:616.1]-08

О. В. Беляков, В. Т. Селіваненко, П. П. Шипулін, О. В. Добруха, М. В. Руденко

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ

Одеський державний медичний університет,
Московський обласний науково-дослідний клінічний інститут

В останнє десятиріччя з метою ранньої діагностики гострої міокардіальної недостатності у хворих після операцій все більше уваги приділяється змінам внутрішньосерцевої гемодинаміки [3; 4; 7]. При цьому дослідники передусім звертають увагу на порушення процесу розслаблення серця, особливо його правих відділів [1; 5; 6]. Це дозволяє своєчасно визначити форму компенсаторної гіперфункції міокарда, кількісно оцінити виявлені порушення та ефективно застосувати кардіальну терапію [2; 8]. Неявною трудністю при формуванні компенсаторної реакції серцевий м'яз відчуває за наявності супровідної гіпертонічної хвороби, коли необхідно враховувати гіпертрофію міокарда та підвищений судинний тонус малого кола кровообігу [9]. Останнім часом для корекції гострої міокардіальної недостатності використовуються препарати групи нітросполук та інгібіторів АПФ [7]. Однак тривалого динаміч-

ного спостереження за станом насосної функції серця в найближчому післяопераційному періоді з використанням вказаних препаратів не проводилося.

Метою роботи було вивчити динаміку показників фази діастолі праваго шлуночка у хворих після пульмонектомії з використанням нітросорбіту (ізокет) й інгібітора АПФ (енап).

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені у 58 хворих із центральною формою раку легень (II ст. ASA) віком 48–59 років із супровідною артеріальною гіпертензією. У 32 хворих (перша група) післяопераційна кардіальна терапія зводилася до призначення нітратів (ізокет 10 мг внутрішньовенно двічі на добу). Хворим другої групи (n=26) у схему лікування додатково включали інгібітори АПФ (енапратат 1,25 мг внутрішньовенно двічі на добу). Усім пацієнтам призначався рибоксин (25,0 мл внутрішньовенно тричі

на добу) і актовегін (800 мг внутрішньовенно тричі на добу).

Для вивчення насосної функції серцевого м'яза використовували методику внутрішньосерцевої катетеризації праваго шлуночка (МХ-01 Росія). Зміни міокарда в період діастолі оцінювали з допомогою таких показників: жорсткості міокарда (ЖМ), максимальної швидкості розслаблення (dp/dtmin), кінцево-діастолічного об'єму (КДО) і кінцево-діастолічного тиску (КДТ), які розраховували за кривою правошлуночкового тиску.

Результати дослідження та їх обговорення

До операції в усіх пацієнтів порівняно з нормою спостерігалось значне зниження ЖЄЛ (до 75 %) і CI (до 2,9 л/(хв·м²)).

Після пульмонектомії у хворих обох груп спостерігались значні зміни діастолічних показників, погіршення яких в найближчий післяопераційний період полягали у вираженому збільшенні ЖМ і КДТ (табл. 1).

