

К.С. Полов'ян, М.Д. Чемич, Л.В. Белай

ВИВЧЕННЯ МІКРОБІОТИЧНИХ ЗМІН ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ ПІД ВПЛИВОМ КОЛОЇДНОГО СРІБЛА І КОМБІНОВАНОГО ПРОБІОТИКА

Сумський державний університет, м. Суми

Гострі кишкові інфекційні захворювання (ГКІ), викликані умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ), продовжують лідувати у структурі інфекційної патології. Збільшення полірезистентності до антибактерійних препаратів призводить до перегляду пріоритету етіотропного лікування при ГКІ, вивчення питання щодо лікування даної патології з найменшим негативним впливом на організм хворих. Для встановлення клініко-лабораторного ефекту терапії клініцисти проводять моніторинг стану мікробіоценозу кишечника протягом лікування.

Мета роботи – вивчення мікробіотичних змін при ГКІ, викликаних УПМ, під впливом колоїдного срібла і комбінованого пробіотика.

Обстежено 100 хворих, госпіталізованих у СОІКЛ ім. З.Й. Красовицького, середній вік яких склав $(42,51 \pm 2,87)$ роки. Було 53 чоловіки і 47 жінок. Пацієнти госпіталізовані на $(1,38 \pm 0,1)$ добу від початку захворювання. В залежності від призначення лікувальних середників хворі поділені на чотири групи по 25 осіб у кожній. 1-а група пацієнтів отримувала базисну терапію – промивання шлунка і/або кишечника, дієту, регідратацію, ферменти та ентеросорбенти. Хворі 2-ої – колоїдне срібло з розмірами частинок 25 нм 10 мг/л по 100 мл тричі на добу протягом 5 днів на тлі базисної терапії. Обстежені, що увійшли до 3-ої групи, – пробіотик “Лакто” по 1 капсулі тричі на добу протягом 5 днів у складі базисної терапії. Хворим 4-ї групи призначали колоїдне срібло і пробіотик (у вищевказаних дозах) разом із базисною терапією. Крім загальноклінічних обстежень у всіх пацієнтів був досліджений мікробіоценоз кишечника при госпіталізації і на $(5,76 \pm 0,16)$ добу з моменту захворювання. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів.

При госпіталізації у всіх хворих зменшувалася кількість мукозної мікрофлори та зростав рівень інших представників УПМ порівняно з контролем ($p < 0,01-0,001$). Так, концентрація біфідобактерій знижувалася до значень (відповідно 1-а, 2-а, 3-я, 4-а і контрольна групи) $(5,44 \pm 0,70)$, $(5,20 \pm 0,73)$, $(5,00 \pm 0,70)$, $(5,16 \pm 0,66)$ і $(7,90 \pm 0,07)$ Іг КУО/г; лактобацил – $(5,76 \pm 0,67)$, $(5,48 \pm 0,70)$, $(5,40 \pm 0,69)$, $(5,36 \pm 0,69)$ і $(7,75 \pm 0,1)$ Іг КУО/г відповідно; рівні інших представників УПМ сягали значень $(2,91 \pm 0,73)$, $(2,69 \pm 0,73)$, $(2,73 \pm 0,74)$, $(2,42 \pm 0,72)$ проти $(0,51 \pm 0,35)$ Іг КУО/г відповідно. Проведене дослідження у період ранньої реконвалесценції виявило, що різні схеми лікування неоднаково вплинули на рівні вищезазначених представників мікробіоти. У хворих 1-ї групи кількість біфідобактерій і лактобацил була нижче, ніж у гострому періоді недуги (відповідно $(3,12 \pm 0,78)$ і $(3,48 \pm 0,74)$ Іг КУО/г, $p < 0,05$), а інші представники УПМ залишилися на попередньому рівні – $(2,87 \pm 0,72)$ Іг КУО/г, $p > 0,05$. У пацієнтів 2-ї групи мало місце зниження до норми кількості інших УПМ ($(0,67 \pm 0,38)$ Іг КУО/г, $p < 0,05$) при зниженні на один порядок рівнів біфідобактерій і лактобацил – $(4,56 \pm 0,76)$ і $(4,32 \pm 0,78)$ Іг КУО/г, $p > 0,05$. На відміну від хворих попередніх груп, у осіб 3-ї групи відбувалося зростання кількості біфідобактерій і лактобацил до значень $(6,92 \pm 0,43)$ і $(7,32 \pm 0,32)$ Іг КУО/г, $p < 0,05$, але кількість інших УПМ практично не змінилася і була вищою, ніж у 2-й групі пацієнтів – $(2,35 \pm 0,70)$ Іг КУО/г, $p < 0,05$. У хворих 4-ї групи відбувалася нормалізація відповідних показників: кількість біфідобактерій і лактобацил була вище, ніж у 1-й і 2-й групах – $(7,16 \pm 0,31)$ і $(7,60 \pm 0,10)$ Іг КУО/г, ($p < 0,05$), а рівень інших УПМ у динаміці знизився до $(0,72 \pm 0,40)$ Іг КУО/г, $p < 0,05$, був меншим, ніж у 1-й і 3-й групах, $p < 0,05$. У всіх досліджуваних групах рівні загальної кількості *E. coli* і грибів роду *Candida* в динаміці практично не відрізнялися від показників норми.

Таким чином, одночасне призначення колоїдного срібла і комбінованого пробіотики при ГКІ, викликаних УПМ, знижує персистентний потенціал збудників хвороби і попереджує прогресування дисбактеріозу кишечника.