

Мікробіотичні аспекти сальмонельозу, спричиненого *S. enteritidis* і *S. typhimurium*
Чемич О. М.¹, Чемич М. Д.¹, Полов'ян К. С.¹, Бєлай Л. В.³, Холодило О. В.²
¹СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією; ²кафедра гігієни та екології з
курсами мікробіології, вірусології та імунології
³Міська клінічна лікарня №1

*Microbiotic aspects of Salmonellosis caused by *S. enteritidis* and *S. typhimurium**
Chemych O. M.¹, Chemych M. D.¹, Polov'yan K. S.¹,
Belay L. V.³, Kholodilo O. V.²
¹SSU, Department of Infectious Diseases and Epidemiology; ²Department of Hygiene and
Ecology with courses of Microbiology, Virology and Immunology
³Municipal Clinical Hospital №1
E-mail: chemych_oksana@mail.ru; Chemych O. M.

Актуальність. В Україні, як і в багатьох країнах третього світу, існують екологічні та соціально-економічні передумови для існування гострих кишкових інфекцій. Поряд з цим, у результаті широкого застосування антибактеріальних препаратів постала проблема зростання чисельності полірезистентних штамів, пригнічення нормальної мікрофлори.

Для встановлення клініко-мікробіологічної ефективності терапії при лікуванні гострих кишкових інфекцій клініцисти здійснюють моніторинг стану мікробіоценозу товстої кишки.

Мета роботи - встановити мікробіотичні зміни вмісту товстої кишки при сальмонельозі спричиненому *S. enteritidis* і *S. typhimurium*.

Матеріали і методи. Обстежено 91 хворих, госпіталізованих у СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького, середній вік яких склав (43,97±1,56) року. Було 55 чоловіків і 36 жінок. Пацієнти ушпиталізовані на (2,36±0,10) день від початку захворювання.

Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. За даними анамнезу життя та об'єктивного огляду, супровідна патологія шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи у всіх хворих на момент обстеження була відсутня. Крім загальноклінічних обстежень, у всіх пацієнтів було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на (5,98±0,18) добу з моменту госпіталізації. Методом випадкової вибірки хворих було поділено на 2 групи. Пацієнти, які отримували лише базисну терапію, увійшли у групу А, іншим до базисної терапії було введено пробіотик лакто – група Б. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів.

Результати дослідження. Дослідження мікробіоценозу товстої кишки при госпіталізації довело, що в усіх групах хворих кількість біфідобактерій і лактобацил була на два порядки меншою, ніж у контрольній групі, а рівень інших представників умовно патогенної мікрофлори (УПМ) був збільшений ($p < 0,05-0,001$) (дивись таблицю).

Встановлено, що в періоді ранньої реконвалесценції різні лікувальні препарати неоднаково впливали на кількість представників мукозної мікрофлори та інших УПМ мікробіоти товстої кишки. Так, у хворих, які отримували лише базисну терапію, дисбіотичні зміни поглибилися – кількість біфідобактерій і лактобацил була нижчою, порівняно з гострим періодом недуги ($p < 0,05$) і меншою за значення групи пацієнтів, пролікованих з використанням пробіотика лакто ($p < 0,05$). При цьому у пацієнтів групи А рівень інших представників УПМ залишився на попередньому рівні ($p > 0,05$) і був вищим, ніж у осіб групи Б ($p < 0,05$). У всіх обстежених під впливом лакто відбулася елімінація гемолізуювальної *E. coli* та зниження рівня грибів роду *Candida* і інших УПМ.

Висновки. У гострому періоді сальмонельозу відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які супроводжуються зменшенням кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, збільшенням інших умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*.

Таблиця – Зміни мікробіоценозу товстої кишки залежно від лікування та періоду хвороби (M±m)

Група		Мікроорганізми (lg КУО/г)/ % хворих					
		Біфідо- бакте- рії	Лакто- бацили	Загаль- на кіль- кість E. coli	Гемо- лізу- вальна E. coli	Інші УПМ	Гриби роду Candida
Контрольна (n=20)		7,90± 0,07	7,75± 0,10	7,51± 0,12	0,00± 0,00	0,51± 0,35	0,35± 0,24
Хворі, гост- рий період	А (n=36)	6,29± 0,19/ 100 ^a	6,50± 0,14/ 100 ^a	6,57± 0,17/ 100 ^a	1,20± 0,20/ 35,7 ^a	3,57± 0,37/ 49,9 ^a	1,71± 0,36/ 49,9 ^a
	Б (n=55)	5,93± 0,14/ 100 ^a	5,47± 0,20/ 100 ^{a, в}	6,43± 0,16/ 100 ^a	1,31± 0,13/ 43,2 ^a	3,50± 0,27/ 46,7 ^a	2,81± 0,17/ 69,9 ^{a, в}
Хворі, рекон- вале- сцен- ція	А (n=36)	5,66± 0,22/ 100 ^{a, б}	5,92± 0,19/ 100 ^{a, б}	6,67± 0,22/ 100 ^a	1,66± 0,33/ 21,3 ^a	3,22± 0,22/ 64,3 ^a	2,40± 0,24/ 35,7 ^a
	Б (n=55)	7,33± 0,15/ 100 ^{a, б, в}	7,30± 0,13/ 100 ^{a, б, в}	7,83± 0,06/ 100 ^{a, б, в}	0,00± 0,00 ^{б, в}	2,11± 0,26/ 30,7 ^{a, б, в}	1,29± 0,18/ 23,2 ^{a, б, в}
Примітка. А – базисна терапія, Б – + лакто. Достовірна різниця показників (p<0,05-0,001): <i>a</i> – щодо контрольної групи; <i>б</i> – щодо гострого періоду в групі; <i>в</i> – між групами							

Після проведеного базисного лікування дисбіотичні зміни посилюються – відбувається подальше зменшення біфідо- і лактобактерій. Навпаки, при використанні лакто спостерігається збільшення кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, елімінація гемолізуювальної кишкової палички, зменшення інших умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*.

Мікробіотичні аспекти сальмонельозу, спричиненого *S. enteritidis* і *S. typhimurium* [Текст] / О.М. Чемич, М.Д. Чемич, К.С. Полов'ян та ін. // Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і Пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 4-5 червня 2014 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, В.Д. Москалюк, О. І. Сміян, В.О. Терьошин, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебаєва, А І. Піддубна. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 126-128.