

Стан мікробіоценозу кишечника при поєднанні захворювань органів травлення

С.Є. Шостак

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Організм людини знаходиться у тісному єубіозі із мікроорганізмами, які його заселяють. При цьому захворювання органів травлення неминуче відбиваються на кількісному і якісному складі мікрофлори товстого кишечника (ТК), що, очевидно, потребує медикаментозної корекції. За даними статистичного управління МОЗ України серед захворювань органів травлення перші місця займають захворювання біліарного тракту (25,1%), гастрити і дуоденіти (23,8%), виразкова хвороба (12,8%), панкреатити (10,9%), гепатити і цирози печінки (4,3%) [1]. У клініці, як правило, ми маємо пацієнтів із поєднанням вищевказаних захворювань, кожне із яких може спричинити дисбактеріоз. Що ж при цьому відбувається з мікрофлорою кишечника? Чи здатна в такому випадку «самодостатня» (як пишуть окремі автори) мікроекологічна система ТК відновитись самостійно [2]? З іншого боку, при поєднанні захворювань органів травлення (ПЗОТ) найпоширенішими є гелікобактер-асоційовані гастрити (ГАГ) і дуоденіти, рекомендації щодо лікування яких є однозначними і загально визнаними (антисекреторний засіб і два антибіотики). Що ж відбувається з мікроекологічною системою кишечника при такій потужній комплексній терапії? Оскільки дані літератури з вказаного питання є досить суперечливими, ми вирішили провести власне дослідження стану мікробіоценозу ТК при поєднанні захворювань органів травлення. Крім того, було вирішено вивчити доцільність і ефективність використання препарату біфіформ для корекції виявленого дисбактеріозу. Останній був обраний для дослідження

з наступних причин: 1) даний засіб є резистентним до більшості сучасних антибактеріальних засобів; 2) капсула препарату вкрита ентросолубільною оболонкою, завдяки чому бактерії «захищені» від пошкоджуючої дії соляної кислоти шлунка; 3) біфіформ містить особливе поживне середовище, необхідне для росту і розмноження молочнокислих бактерій; 4) в ряді досліджень отримані докази на користь антианемічних, гіпоалергічних, імуномодельюючих та антихолестеринемічних властивостей біфіформу, що є суттєвою перевагою при ПЗОТ [3, 4]. За даними літератури, складові біфіформу (10^7 *Bifidobacterium longum* та 10^7 *Enterococcus faecium*) не тільки нормалізують мікробіоценоз кишечника, а й підвищують неспецифічну резистентність організму [5]. Рекомендовані дози для дорослих і дітей від 2-х років - по 1 капсулі двічі на добу, незалежно від прийому їжі.

Метою нашої роботи стало вивчення порушень мікробіоценозу кишечника у хворих із ПЗОТ та дослідження доцільності і ефективності використання біфіформу для їх корекції.

Матеріали та методи.

З вищевказаною метою було обстежено 59 хворих гастроентерологічного відділення Тернопільської міської лікарні № 2, у яких за допомогою клінічних та загально-клінічних лабораторно-інструментальних досліджень було виявлено гелікобактер-асоційований гастродуоденіт – у 59 (100%), дискінезію жовчевивідних шляхів – у 27 (45,8%), хронічний некалькульозний холецистит – у 10 (16,9%), холестероз жовчного міхура – у 19 (32,2%), жовчокам'яну хворобу – у 3 (5,1%), хронічний панкреатит – у 48 (81,4%), стеатогепатоз – у 20 (33,9%), гепатит – у 13 (22,0%), цироз печінки – у 7 (11,9%), хронічний ентероколіт – у 59 (100%). Хворі були розподілені на дві групи, рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювань та ступенем дисбактеріозу. I група (27 осіб) отримувала стандартну патогенетичну терапію: інгібітори протонної помпи, 2 антибіотики, за потребою -спазмолітики, прокінетики, холеретики, холекінетики, гепатопротектори, ферменти та урсодезоксихолеву кислоту. II група (32 особи) крім вищевказаних препаратів отримувала біфіформ – по 1 капсулі двічі на добу, протягом двох місяців. Дослідження змін клінічної симптоматики захворювань, лабораторно-інструментальних

даних, мікробіоценозу кишечника проводили в динаміці: в перші дні госпіталізації, через 14 діб та через 3 місяці від початку лікування.

Для визначення ступеня дисбактеріозу кишечника проводили посів калових мас на поживні середовища із подальшим кількісним підрахунком мікроорганізмів, які на них вирости, та перерахуванням на 1 г випорожнень.

Обробка результатів досліджень проводилася за допомогою стандартного пакету статистичних програм.

Результати і обговорення.

У всіх 59 обстежених нами хворих ще до початку лікування були виявлені порушення мікробіоценозу ТК різного ступеню, які характеризувалися кількісними і/або якісними змінами складу мікрофлори. У 19 (32,2%) хворих були легкі порушення - спостерігалось зменшення кількості біфідобактерій менше, ніж 10^7 КУО/г; у 29 (49,2%) - помірні порушення – ізольовані зміни кількісного і якісного складу кишкових паличок чи у сполученні із зменшенням кількості біфідобактерій менше, ніж 10^7 КУО/г; у 11 (18,6%) - виражені порушення - поява умовно-патогенної флори (більше, ніж 10^4 КУО/г, часто у поєднанні із зменшенням кількості біфідобактерій і/або із зміною кількісного і якісного складу кишкових паличок. При цьому, ізольовані порушення мікробного пейзажу були виявлені у 14 (23,7%) хворих, асоційовані – у 45 (76,3%). Клінічно, у 53 (89,8%) хворих були скарги на метеоризм, у 43 (72,9%) – на нудоту, у 47 (79,7%) – на порушення стільця, у 55 (93,2%) – на розлади сну та апетиту, у 51 (86,4%) – на гіркоту або поганий присмак в роті, у 59 (100%) – на біль в животі різної локалізації, у 49 (83,1%) – на відрижку, у 53 (89,8%) – на тривожність і/або дратівливість.

Аналіз динаміки клінічних проявів під впливом різних схем комплексної терапії показав, що після закінчення курсу лікування у більшості хворих обох груп відмічався регрес основних клінічних синдромів: у всіх хворих зник больовий синдром; у 17 (62,9%) хворих I групи та у 29 (90,6%) II - диспептичний; у 14 (51,8%) обстежених I групи та у 23 (71,9%) II – астено-невротичний. При цьому, після лікування у хворих I групи було констатовано прогресування порушень якісних і кількісних співвідношень між

аеробами і анаеробами. Зміна аеробного компоненту проявлялась в основному у збільшенні кількості кишкових паличок із слабкою ферментативною активністю - у 16 (59,3%) хворих та появою гемолізуючих кишкових паличок - у 4 (14,8%) обстежених. Часто, у 15 (56,6%) хворих спостерігалось зменшення кількості біфідобактерій та збільшення - умовно-патогенної флори - у 14 (51,8%) хворих. Крім того, після лікування в I групі хворих зберігалось співвідношення ізольованих і асоційованих порушень мікробіоценозу ТК (22,2 і 88,8%, відповідно). Отже, під впливом традиційних комплексних схем лікування, які не включали пробіотики, самостійного відновлення кількісного чи якісного складу мікрофлори кишечника не відбулося. І лише у невеликій частині хворих (4 (14,8%)) спостерігались деякі позитивні тенденції, зокрема, зменшення кількості умовно-патогенної мікрофлори.

У хворих II групи були дещо інші результати: через 14 днів після проведеного комплексного лікування, у 17 (53,1%) із них було констатовано нормалізацію початково порушеного мікробного пейзажу ТК до еубіозу (за рахунок збільшення кількості облігатної флори (біфідобактерій, кишкової палички) і зникнення кишкових паличок із патологічною ферментною активністю). Крім того, у II групі хворих спостерігалось зменшення кількості осіб із асоційованими порушеннями – на 17 (53,1%) осіб. Відмічались і інші позитивні тенденції зрушень, зокрема, збільшення кількості облігатної мікрофлори та зниження титрів умовно-патогенної, які часто мали асоційований характер. Дослідження мікробного пейзажу товстого кишечника, здійснене у обстежених хворих через 3 місяці після лікування виявило, що у 29 (90,6%) хворих II групи встановився еубіоз мікрофлори ТК, тоді як у I групі - лише у 3 (11,1%). Порушення мікробіоценозу збереглися у 24 (88,9%) хворих I групи, що, потребувало медикаментозної корекції. Вказаним хворим було призначено курс лікування біфіформом по 1 капсулі двічі на добу, протягом 2 місяців із подальшим визначенням показників мікробіоценозу кишечника.

Висновки.

1. При поєднанні захворювань органів травлення спостерігаються порушення мікробіоценозу товстої кишки

різного ступеню, які не здатні нормалізуватись самостійно, без призначення пробіотиків.

2. Для корекції дисбактеріозу у вказаного контингенту хворих доцільно призначати біфіформ – по 1 капсулі двічі на добу протягом 2х місяців, що дозволяє відновити мікроекологічну систему кишечника.

1. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / за редакцією *Аніщенко О.В.* – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.
2. *Топчий Н.В.* Проблема дисбиоза в общей врачебной (семейной) практике / *Н.В. Топчий* // *Фарматека.* - 2007. - №8/9 (143). - С. 59-66.
3. *Блат С.Ф.* Подходы к коррекции микробиологических нарушений / *С.Ф. Блат* // *РМЖ.* – 2007. – Т. 15. – № 1. – С. 50–52.
4. Лечение обострений хронических заболеваний органов пищеварения / *П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, А.П. Яковенко [и др.]* // *Лечащий Врач.* – 2000. – № 5-6. – С. 17–20.
5. *Dani C.* Probiotics feeding in prevention of urinary tract infection, bacterial sepsis and necrotizing enterocolitis in preterm infants. A prospective double-blind study / *C. Dani, R. Biadaioli, G. Bertini* // *Biol. Neonate.* – 2002. – № 82(2). – P. 103–108.

THE STATE OF MICROBIOCENOSIS OF INTESTINE IN COMBINATION OF DISEASES OF ORGANS OF DIGESTION

S.E. Shostak

Medical university named after I. Ya. Horbachevskiy, Ternopil

To study the influence of Bifiform for treatment of dysbacteriosis for patients with combined diseases of digestion organs. 59 patients of gastroenterological department of were inspected. It was done a conclusion that normalization of microbial landscape of intestine at the indicated contingent of patients without probiotics does not take a place independently and only the combined therapy which includes Bifiform provides proceeding in eubiosis.