

УДК 616.98:579.842.23]-085.37-053.2

А.В. Гордеев, Н.В. Бурма, А.А. Смольников,
Т.В. Помелова, И.В. Белогорцева

ЖИДКИЙ КОНЦЕНТРАТ БИФИДОБАКТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ИЕРСИНИОЗОВ У ДЕТЕЙ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский
университет

Ключевые слова: иерсиниоз, биопрепараты,
желудочно-кишечный тракт.

Современные данные о патогенезе иерсиниозов (псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз) позволяют считать, что персистенция иерсиний в эпителиоцитах и лимфоидных образованиях желудочно-кишечного тракта приводит к качественным и количественным изменениям соотношений микроорганизмов в группах облигатных и факультативных представителей микрофлоры, а это в свою очередь может способствовать хронизации патологического процесса. Кроме того, применение антибиотиков широкого спектра действия в остром периоде болезни в свою очередь активно влияет на биоценоз кишечника, удлиняя период реконвалесценции, и также может обусловить неблагоприятное течение болезни. Применение различных биологических препаратов в комплексном лечении иерсиниозов ограничивает воздействие некоторых из указанных отрицательных факторов [1, 2].

Обследованы 142 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет, больных среднетяжелыми формами иерсиниозов (псевдотуберкулез — 64, кишечный иерсиниоз — 78). Верификация диагноза проведена с учетом клинико-эпидемиологических, общеклинических, бактериологических и специфических серологических исследований: реакция непрямой гемагглютинации с сухим антигенным диагностикумом, иммуноферментный анализ с использованием порина, выделенного в лаборатории молекулярных основ антибактериального иммунитета Тихоокеанского института биоорганической химии ДВО РАН, а также реакцией иммуноблоттинга.

Жидкий концентрат бифидобактерий фирмы «Вектор-БиАльгам» (Россия) нами использовался в лечении 31 ребенка с псевдотуберкулезом и 28 детей с кишечным иерсиниозом. Указанный препарат является биологически активной добавкой, представляет собой микробную массу бифидобактерий (*B. bifidum*) и содержит в 1 мл 10^{12} живых биологически активных бацилл. Больные получали препарат перорально по 3–5 мл в день за 20 мин. до еды, разводя или запивая его кипяченой водой. Суточную дозу делили на 3 приема. Лечение проводили на фоне антибактериальной терапии в течение двух недель. Дети контрольных групп (больные псевдотубер-

кулезом и кишечным иерсиниозом) получали традиционную антибактериальную терапию. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и группам здоровья.

Инструментальное исследование слизистой оболочки желудка проводилось на базе Регионального российско-японского эндоскопического центра ГKB № 2. Эзофагодуоденоскопия осуществлялась аппаратом фирмы Olympus, который позволял последовательно в течение одной процедуры осмотреть пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку и при необходимости произвести прицельную биопсию. Биоптаты из желудка (5 фрагментов) забирались в соответствии с Сиднейской системой. Морфологическое исследование осуществлялось в межкафедральной научно-исследовательской лаборатории кафедры патологической анатомии ВГМУ. Для характеристики дисбиотических явлений проводили расширенный микробиологический анализ кала с выделением бифидо-, лакто- и энтеробактерий. Все исследования проведены до начала лечения (в первые 3 дня болезни) и после окончания назначенной и изучаемой терапии.

При изучении влияния бифидумбактерина на клинические симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, и в том числе гастритические, был выявлен лишь незначительный положительный эффект динамики диарейного синдрома. Симптомы, свидетельствовавшие о поражении желудка, такие, как снижение аппетита, тошнота, рвота, абдоминальные боли, в том числе и болезненность при пальпации живота в эпигастральной области, в сравниваемых группах достоверных различий не имели.

При эндоскопическом исследовании также не было выявлено положительного влияния бифидумбактерина на динамику воспалительных процессов. Диффузная гиперемия слизистой оболочки желудка преобладала над очаговыми изменениями как при антрум-, так и при пангастрите. Отек и эрозии слизистой оболочки в сравниваемых группах встречались с одинаковой частотой.

Морфологически в биоптатах у всех больных определялись признаки неатрофического хронического гастрита. Достоверной разницы в активности патологического процесса в исследуемых группах также не наблюдалось. На достаточно высоком уровне на фоне терапии продолжала сохраняться нейтрофильная и мононуклеарная инфильтрация слизистой оболочки, хотя и преобладали умеренные и слабовыраженные инфильтративные процессы.

При анализе микробиоценоза кишечника до лечения в обеих группах больных наблюдалось полное отсутствие бифидум- и лактофлоры. Показатели концентрации нормальной *E. coli* были снижены на один порядок относительно границы нормы. Уровни условно-патогенных энтеробактерий не превышали нормальных значений, а уровень микробов рода *Proteus* превышал верхнюю границу нормы на один порядок (рис. 1).

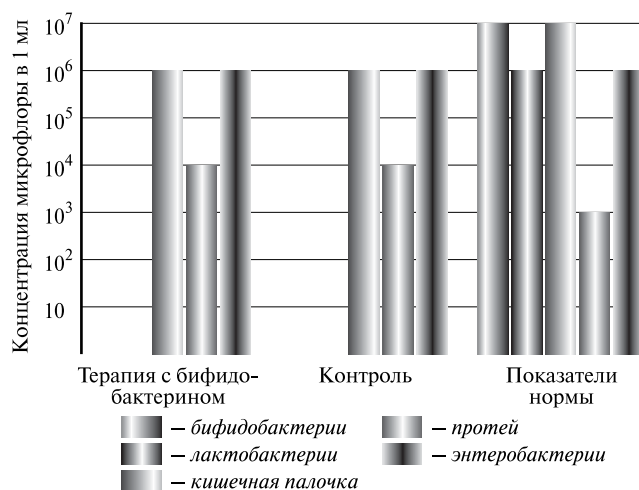


Рис. 1. Микробиоценоз кишечника при иерсиниозах у детей.

Через десять дней лечения с применением бифидобактерина наблюдалось значительное повышение содержания как бифидо-, так и лактобактерий. Повышения уровня нормальной кишечной палочки не наблюдалось. Но одновременно с ростом облигатной флоры уже в это время отмечалось снижение уровня концентрации условно-патогенных микроорганизмов на один порядок.

Итак, применение препарата «Жидкий концентрат бифидобактерий» в комплексном лечении детей, больных иерсиниозами средней степени тяжести, не влияло активно на клинические проявления болезни. Деструктивные изменения слизистой оболочки, выявленные

при эндоскопическом исследовании желудка, также не отличались от таковых у детей, получавших традиционное лечение. При гистологическом исследовании биоптатов морфологическая картина хронических гастритов у иерсиниозных больных на фоне лечения бифидумом тоже достоверно не различалась ни по распространенности, ни по активности процесса. Однако микробиологические показатели в группе больных, леченных с бифидобактерином, были значительно лучше, чем у детей, получавших только антибактериальное лечение.

Литература

1. Дюбкова Т.П., Швед И.А.// *Педиатрия*. — 1998. — № 1. — С. 4-8.
2. Феклисова Л.В.// *Педиатрия*. — 1995. — № 4. — С. 78-80.

Поступила в редакцию 23.06.03.

LIQUID CONCENTRATED PRODUCT OF BIFIDOBACTERIUM DURING THE TREATMENT OF YERSINIA DISEASE OF CHILDREN

A.V. Gordeetz, N.V. Burma, A.A. Smolnikov, T.V. Pomelova, I.V. Belogortseva
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary — Having made the gastrofibroscopic, morphologic, microbiological examinations of the patients undergone a course of treatment including preparation «Liquid concentrated product of Bifidobacterium», the authors detected little positive dynamics of morphology of mucous coat of stomach and essential distinctions of microbiocenosis and, correspondingly, the indices of children's health whose treatment had been carried out with use of indicated preparation.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 68-69.

УДК 616.345-089.163:615.246.4/.6

О.Н. Дмитриев

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАКРОГОЛЬ 4000 И ПИНАВЕРИУМА БРОМИДА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАЦИЯМ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Ключевые слова: предоперационная подготовка, толстая кишка, слабительные средства.

Правильно проведенная предоперационная подготовка больных с хирургическими заболеваниями ободочной и прямой кишок снижает операционный риск и способствует более гладкому течению послеоперационного периода. Наряду с коррекцией всех нарушений гомеостаза важное место отводится подготовке желудочно-кишечного тракта, которая преследует цель опорожнить его от содержимого. Сифонные клизмы в сочетании с длительным применением слабительных препаратов могут приводить к нарушениям водно-электролитного состава крови и психоэмоциональному дисбалансу [4]. В литературе описаны случаи повреж-

дения прямой кишки при введении наконечников клизменного аппарата. Длительное ограничение в питании приводит к нарушению белкового состава крови. Все это требует поиска новых безопасных методов подготовки кишечника к эндоскопическим исследованиям и оперативным вмешательствам.

Хирургическое вмешательство на пустой ободочной кишке позволяет уменьшить риск инфицирования брюшной полости и снизить частоту тяжелых послеоперационных осложнений, таких, как парез кишечника, несостоятельность швов анастомоза, перитонит, и др. [3, 4]. В хирургических стационарах с этой целью до настоящего времени используют сочетание длительного применения слабительных в больших дозах с многократными клизмами. Другим способом подготовки толстой кишки является пероральный лаваж с различными вариантами введения изотонических растворов [1, 2, 5]. Одним из таких растворов является препарат «Фортранс», в состав которого входит макроголь 4000 и соли натрия и калия.

Хирургические заболевания толстой кишки в большинстве случаев сопровождаются болями, нарушениями транзита содержимого и ощущениями дискомфорта. Недавно синтезированное четвертое соединение аммония, пинавериум бромид (дицетел), объединяет