

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Феопентова В.С., Кадацкая Д.Н.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В.А. Исаков
Кафедра факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: риск развития кишечного дисбиоза при назначении антибиотиков и необходимость его комплексного лечения сегодня мало у кого вызывает сомнения. Дискутабельным остается вопрос профилактического назначения препаратов, в частности, пробиотиков в случае проведения курса антибактериальной терапии.

Цель исследования — оценить встречаемость кишечного дисбиоза и целесообразность его профилактики при первичном назначении антибактериальных средств.

Материалы и методы: по амбулаторным картам изучено 460 случаев назначения антибиотиков по поводу острого бронхита. В динамике отслежен 181 пациент, полностью прошедший курс лечения. 20 из них при повторном визите предъявляли жалобы на разжижение и учащение стула, вздутие живота, иногда сопровождающееся режками.

Результаты: более чем в 40% случаев пациентам перорально были назначены различные макролиды, чуть реже (34%) — защищенные и незащищенные пенициллины и в 13% случаев — фторхинолоны. Прочие антибиотики, а также ингаляционный способ введения использовались в 5% случаев и реже. Риск развития дисбиоза находился в пределах от 4 до 11% и не зависел от группы применяемых антибактериальных средств, но никогда не развивался при ингаляциях антибиотика. В большинстве случаев (12 из 20) клинически и по данным исследования кала выявлен легкий дисбиоз, 1-й степени. В 7 случаях — умеренный, 2-й степени, и только в одном случае симптоматика соответствует тяжелому дисбиозу 3-й степени. В дальнейшем у всех пациентов наблюдалось клиническое улучшение, причем только 9 из 20 пациентов согласились дополнительно принимать пробиотики (бифиформ, линекс) и другие препараты (метеоспазмил, смекта). У остальных симптомы прошли самостоятельно по окончании антибактериальной терапии, как правило, уже к моменту повторного визита.

Выводы: у амбулаторных пациентов после первого назначения антибиотиков риск развития кишечного дисбиоза не велик, и его профилактика в данном случае представляется неоправданной. Однако врач должен внимательно следить за возможным развитием симптоматики со стороны желудочно-кишечного тракта, своевременно назначать бактериологическое исследование кала, чтобы не пропустить развитие тяжелых форм дисбиоза, и исключить другие заболевания, в частности, псевдомембранозный колит или обострение синдрома раздраженной кишки [1, 2].

Литература

1. Успенский Ю.П., Мирзоев О.С., Фоминых Ю.А., Иванов С.В. Современный взгляд на проблему сочетанных функциональных заболеваний органов пищеварения // Медицинский алфавит 2018. Т. 1 № 7. С. 42–47.
2. Юдинцева Л.Р., Никитина А.В., Кудряшова Е.Ю., Дзеранова Н.Я., Савченко М.И. Псевдомембранозный колит у терапевтических больных пожилого и старческого возраста, жителей блокадного Ленинграда // Сборник статей. Трудный больной в практическом здравоохранении: атипичная клиника, сложный диагноз, редкие сочетания болезней у блокадников, их потомков, жителей Санкт-Петербурга. СПб., 2010. С. 238–247.