

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Абдуллаева Умида Умидовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, улица Богишамол 223

E-mail: uma_abdullaeva@mail.ru

Ключевые слова: ВИЧ; дети; микрофлора; диарея

Введение. Предотвращение распространения ВИЧ-инфекции занимает особое место среди проблем здравоохранения, что обусловлено глобальным ростом ВИЧ-инфекции, значительными социально-экономическими последствиями эпидемии, отсутствием средств надежной специфической профилактики и значительными расходами на лечение [Малый В.П., 2014]. Изменение качественного состава и количественного соотношения биоценоза кишечника зависит от характера питания, антибактериальной, гормональной, АРВ терапии, наличия вторичных заболеваний пищеварительного тракта. В основе их развития лежат изменение условий обитания в биотопе, в результате чего популяция одного из нескольких видов, составляющих микробиоценоз, получает преимущество для роста и размножения перед своими конкурентами, приобретая доминирующее, не свойственное им положение в микробиоценозе. В связи с этим, целесообразно применять пробиотики — частично или полностью неперевариваемых ингредиентов пищи, которые способствуют улучшению здоровья за счет избирательной стимуляции роста и / или метаболической активности одной или нескольких групп бактерий, обитающих в толстой кишке.

Цель исследования. Учитывая вышеизложенное, нами была изучена эффективность применения пробиотика, содержащего *Saccharomyces boulardii* — «Энтерол».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе специализированной клиники инфекционных заболеваний Республиканского центра по борьбе со СПИДом, нами было обследовано 117 пациентов, находившихся на стационарном лечении в данной клинике. У этого контингента пациентов в анамнезе отмечалась диарея свыше 1 месяца, не связанная с побочными эффектами антиретровирусной терапии, основными жалобами при поступлении были слабость, вялость, отсутствие аппетита, диарея более 1 месяца.

Результаты. В ходе лечения в стационаре специальное обследование больных проводили в динамике госпитализации: в первые дни госпитализации (I анализ) и через 7–10 дней (II анализ). У больных проводили сбор биологического материала (цельная кровь, фекалии) для исследования. Всем пациентам рекомендовалось соблюдение диеты, ограничение стрессовых ситуаций, удлинение часов отдыха, сна и пребывания на свежем воздухе.

В одну основную группу вошло 60 пациентов, получающих специфическую антиретровирусную терапию и препараты содержащие *Saccharomyces Boulardii*, в которой было проведено сопоставление микробного пейзажа кишечника, стадии ВИЧ-инфекции, состояния клеточного иммунитета, а также в динамике подробно изучалось влияние препаратов содержащих *Saccharomyces Boulardii* на показатели микробного пейзажа толстого кишечника и иммунные клетки (CD4+, CD8+). Группу сравнения составили 57 пациентов, получавших только специфическую антиретровирусную терапию, с которыми проводилось сопоставление влияния курса препаратов, содержащих *Saccharomyces Boulardii* на показатели (микробиоценоз кишечника, иммунные клетки) и вирусную нагрузку. У пациентов обеих групп учитывалась также выраженность нарушений микробного пейзажа кишечника. Основная и группа сравнения пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, стадиям ВИЧ-инфекции, путям передачи, социальному статусу.

После курса терапии пробиотиком у пациентов отмечено статистически достоверное уменьшение клинических проявлений дисбактериоза. Так, боли в животе исчезли у 23 и значительно уменьшились у 5 больных из 29 ($p < 0,01$), вздутие живота и частое отхождение

газов прекратились или стали меньше беспокоить 21 больного ($p < 0,05$), только у двух из 23 человек явления метеоризма не прекратились. В конце срока наблюдения жидкий стул был отмечен всего у одного пациента из 19 ($p < 0,01$). При этом у 18 (30%) человек положительная динамика клинических симптомов зарегистрирована через двое — четверо суток после начала приема пробиотика. После курса приема пробиотика полное исчезновение таких патологических симптомов, как темный цвет кала и гнилостный запах кала отмечено соответственно у 10 и 9 больных, а значительное их уменьшение — еще у 6 и 7 человек ($p < 0,05$). Также отмечена тенденция к уменьшению числа больных, страдающих запорами и «ве-чым» стулом, хотя из-за небольшой выборки эти данные статистически недостоверны ($p > 0,05$).

При использовании пробиотика нежелательных побочных реакций не отмечено. Согласно бактериологическим данным, полное исчезновение дисбактериоза в результате использования пробиотика достигнуто у 8 (13,3%) пациентов. Улучшение состава микрофлоры толстого кишечника отмечено у 48 больных ($p < 0,01$). Количество бифидобактерий восстановилось до 10^7 КОЕ/г у 34 (56,6%) больных, еще у 7 оно повысилось ($p < 0,001$). Содержание лактозопозитивных иширий нормализовалось у 40 пациентов ($p < 0,01$). Статистически достоверно уменьшился процент лактозонегативных кишечных палочек ($p < 0,05$). Гемолитические кишечные палочки в разведении 10^3 – 10^4 выделены только у 2 больных ($p < 0,01$).

Под влиянием пробиотика отмечено значительное снижение частоты выделения условно-патогенной микрофлоры ($p < 0,001$). Высокоэффективным препарат был при клебсиеллезных и кандидозных формах дисбактериоза.

Только у трех (5%) больных после коррекции пробиотиком показатели количественного и качественного состава микрофлоры толстого кишечника существенно не улучшились.

Анализ состояния микробиоценоза толстого кишечника после окончания курса пробиотиком выявил дисбактериоз у 52 из 60 больных ВИЧ-инфекцией, в том числе у 42 (70%) — дисбактериоз 1 степени, у 6 (10%) — 2 степени и у 4 (6,6%) — 3 степени; у 8 (13,4%) больных констатирован нормомикробиоценоз. Сравнение показателей клеточного иммунитета после коррекции при разных степенях дисбактериоза кишечника показало, что количество CD4+ клеток и ИРИ достоверно не различаются в зависимости от степени дисбактериоза (рис.6).

Частота уменьшения количества CD4+ клеток ниже нормы так же не была связана со степенью дисбактериоза при небольшой его выраженности, и только при 3 степени дисбактериоза явно увеличился процент больных (75%) со сниженным количеством CD4+ клеток.

Для оценки влияния пробиотика на иммунитет была также изучена динамика количества CD4+ клеток и ИРИ в разные сроки после курса пробиотика. Сразу после лечения параметры клеточного иммунитета были определены у всех 60 больных, через 3 месяца — у 52, через 6 месяцев — у 48 и через 10 месяцев — у 30.

У 48 больных, наблюдавшихся в течение 6 месяцев после курса пробиотика, количество CD4+ клеток достоверно увеличилось после лечения и оставалось на том же уровне через 3 месяца, а через 6 месяцев снизилось до исходного количества (до курса); ИРИ в процессе коррекции достоверно не менялся.

Сокращение продолжительности основных клинических проявлений у больных основной группы способствовало уменьшению продолжительности заболевания до $5,3 \pm 0,8$ дня против $7,4 \pm 0,8$ дня в группе сравнения. В наших дальнейших исследованиях был оценен характер дисбиотических нарушений микрофлоры кишечника в зависимости, от длительности приема препарата.

Полученные данные свидетельствуют о том, что препарат «Энтерол» оказывает благоприятное действие, снижая и выраженность диарейного синдрома, и нормализуя копрологические показатели.

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что применение пробиотиков у детей с ВИЧ-инфекцией и нарушениями микробного пейзажа кишечника способствует более благоприятному клиническому течению болезни за счет сокращения сроков нормализации характера стула, уменьшению частоты и длительности осложнений. Таким образом, использование препаратов, содержащих *Saccharomyces Boulardii* можно считать оправданным и необходимым в силу их высокой эффективности и отсутствия побочных эффектов.