

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий М. Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта Л., 1963.
2. Куроян Р. А., Саркисян В. В., Вартамян С. А. ХГС, 7 899—903, 1983.
3. Куроян Р. А., Саркисян В. В., Вартамян С. А. Арм. хим. ж., 11, 1, 1987.
4. Сафразбекян Р. Р., Партев Д. З. Биолот. ж. Армении, 37, 2, 159—161, 1984.
5. Сафразбекян Р. Р., Сукасян Р. С. Биолот. ж. Армении, 22, 10, 43—49, 1969.
6. Saito M. Psychopharmacology Europ. J., 11, 2, 15—19, 1975.
7. Rubin B., Malen A. C., Waugh M. H., Burke J. C. J. Pharmacol. Exp. Ther., 120, 2, 115—136, 1957.

Поступило 27.XI 1987 г.

Биолот. ж. Армении, т. 41, № 12, 1988 г.

УДК 616.351:615.839

ВЛИЯНИЕ КИСЛОМОЛОЧНОЙ СМЕСИ «НАРИНЭ» НА МИКРОФЛОРУ КИШЕЧНИКА

Л. У. НАЗАРОВ, Б. Г. САРКИСЯН, К. Ф. АМБАРЦУМЯН, А. М. АГАВЕЛЯН,
А. М. МИНДСЯН, А. С. АКОНЯН, Л. А. ЕРЗНИКЯН, Р. А. МАДОЯН

НИИ проктологии МЗ АрмССР, Ереван.
Институт микробиологии АН АрмССР, г. Абовян

Рек толстой кишки—кисломолочная смесь «Наринэ»—аэробная и анаэробная микрофлора—дисбактериоз.

Заболевания толстой кишки и большинство случаев сопровождаются развитием выраженных дисбиотических изменений кишечной микрофлоры [1, 2, 4, 10]. При этом на фоне снижения количества аспорогенной анаэробной флоры, в частности микробов молочнокислого брожения (бифидобактерий и лактобактерий), или ее отсутствия отмечается увеличение числа гемолитических и лактозодефектных форм кишечной палочки, спорообразующих анаэробов, условно-патогенных энтеробактерий, протей, синегнойной палочки, которые становятся причиной эндогенных инфекций. Элиминация молочнокислой флоры приводит к угнетению иммунологических сил организма, так как нарушаются процессы пищеварения, всасывания и всех видов обмена, снижаются усвоение железа, кальция, витаминизация функция кишечной микрофлоры. Все это приводит к резкому снижению резистентности организма. Поэтому дисбактериозам кишечника следует уделять должное внимание и в хирургической практике, особенно при лечении послеоперационных инфекционных осложнений у больных, страдающих раком прямой и ободочной кишки [9].

В настоящее время большинство авторов [6—8] с целью коррекции дисбактериозов рекомендуют использовать имплантацию живых культур нормальной кишечной микрофлоры: колибактерина, бифидумбактерина, бификола, лактобактерина.

В представленной работе приводятся результаты исследования микрофлоры кишечника у больных раком толстой кишки на фоне кор-

рекции дисбактериозов с помощью кисломолочной смеси «Наринэ», в которую входят лактобактерии (*Lactobacterium acidophilum*) и продукты их метаболизма.

Материал и методика. «Наринэ» включили в комплекс предоперационной подготовки 35 больных раком толстой кишки с дисбактериозом той или иной степени тяжести. В контрольную группу, не получавшую «Наринэ», также входило 35 человек. Возраст больных от 27 до 79 лет. Число мужчин и женщин было примерно одинаковым. Видовой и количественный состав микрофлоры изучали согласно методическим рекомендациям Энштейн-Литвак и Виллишпекской [11]. Тяжесть дисбактериальных изменений оценивали по следующей схеме. В первую группу (D_1) были включены больные, у которых имели место а) снижение количества бифидобактерий (менее 10^4 в 1 г фекалий), б) гемолитические и лактозодефектные энтерические составляли 25—50% от общего количества, в) условно-патогенная флора обнаруживалась в концентрации 10^4 — 10^5 в 1 г фекалий. Вторую группу (D_2) составляли больные с вышеуказанными изменениями микрофлоры (а, б, в) одновременно или в сочетаниях (а+б), (а+в), и третью группу (D_3) были включены больные со сниженным количеством бифидобактерий ($<10^4$) при одновременном наличии гемолитических форм бактерий или лактозодефектных энтерических, составляющих 25—50% от общего количества, а также с условно-патогенной флорой в концентрации 10^6 и выше в 1 г фекалий. За основу приведенной выше схемы мы приняли классификацию дисбактериозов, предложенную Марко и Корневой [5].

Исследования кишечной микрофлоры больных, включавших в комплекс предоперационной подготовки кисломолочную смесь «Наринэ», проводили в процессе коррекции дисбактериоза на 7, 14, 15 и 20 сутки после их поступления. В контрольной группе больных анализы выполнялись при поступлении и на 2 дня до операции. Отсутствие дисбактериоза констатировали при повторном отрицательном ответе анализа на этот показатель.

Запаску для приготовления «Наринэ», представляющую собой лактобактериальный штамм 317:402, выделенного Еркиняном [3], получали из лаборатории бродящих микроорганизмов Института микробиологии АН АрмССР. Каждую партию смеси ежедневно проверяли на чистоту культуры (отсутствие минимальных примесей посторонней флоры), определяли степень кислотности «Наринэ» по титру, чтобы кислотность составляла 160—170° по Тернеру, она является оптимальной для жизнедеятельности лактобактерий и хорошо переносится больными. Питательная ценность одного литра «Наринэ» составляет примерно 800 калорий. Больным смесь «Наринэ» по одному литру в день в течение 20 дней.

Результаты и обсуждение. У обследованных больных при поступлении в клинику отмечались следующие изменения кишечной микрофлоры: снижение количества анаэробной бифидофлоры (менее 10^3 в 1 г фекалий) или ее отсутствие, увеличение условно-патогенной аэробной флоры. Так, в 54,2% случаев выявлены лактозодефектные и гемолитические формы кишечной палочки, в 31,4% — протей, в 8,5% — синегнойная палочка, в 20% — патогенные стафилококки, в 37,1% случаев — другие представители семейства энтеробактерий: энтеробактеры, цитробактеры, клебсиеллы, ерсинии. У 16 больных основной группы был дисбактериоз первой степени, у 14 — второй степени и у 5 — третьей. В контрольной группе больных у 15 — D_1 , у 17 — D_2 и у 3 — D_3 .

В группе больных, принимавших «Наринэ», после курса лечения в 94,2% случаев наблюдалась либо полная коррекция дисбактериозов (у 32 больных), либо значительные изменения в составе кишечной микрофлоры. Почти во всех случаях (85,8%) восстанавливалась бифи-

диф-флора, частота лактозодефектных и гемолитических форм эшерихий уменьшалась в 3 раза; протей—в 5,5 раз, прочих условно-патогенных бактерий—в 4,3 раза; стафилококков—в 3,5 раза.

Как показали исследования, в подавляющем большинстве случаев коррекция дисбактериоза с помощью «Наринэ» достигалась в течение 10—15 дней. Так, у 3 больных положительный эффект наступил уже на 5 день, у 16—на 10, у 12—на 15 и у 4—на 20 день лечения.

Исследования показали, что легкие формы дисбактериоза проходили в среднем в течение 5—10 дней, более тяжелые (D_2)—в течение 10—15 дней, самые тяжелые (D_3)—они наблюдались у 3 больных—были полностью скорректированы к 15—20 дням. У 2 больных эта форма перешла в легкую в течение 20 дней лечения.

С рациональности включения «Наринэ» в комплекс предоперационной подготовки судили по частоте послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений (нагноение лапаротомной раны, недостаточность анастомоза, ограниченный перитонит, параколомистические абсцессы, нагноение промежностной раны и т. д.). Если в контрольной группе больных подобные осложнения были в 23% случаев, то в основной—в 14,3%. Моторная функция желудочно-кишечного тракта быстрее восстанавливалась также у больных, получавших «Наринэ».

Итак, проведенные исследования свидетельствуют о положительном влиянии кисломолочной смеси «Наринэ» на микробный ценоз, нормализуя его. После курса лечения этой смесью восстанавливалась бифидофлора, исчезала или уменьшалась условно-патогенная флора, гемолитические и лактозодефектные формы кишечной палочки уступали место полноценным эшерихиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Е. И. Канл. дисс., М., 1987.
2. Витебский Я. Д., Плотникова В. В., Мысливцев С. В. Тез. докл. зональн. научно-практ. конф., 21—22, Уфа, 1987.
3. Ерзинкли Л. А. Биологические особенности некоторых рас молочнокислых бактерий. Ереван, 1971.
4. Кузнецова А. А., Старостин А. П., Айдаров Р. А., Галимов Т. А. Тез. докл. зональн. научно-практ. конф., 15—16, Уфа, 1987.
5. Марко О. П., Корнева Т. К. Дисбактериозы кишечника. 5, 88—91, М., 1974.
6. Навроцкий В. А., Клини. хирургия. 6, 57—58, 1985.
7. Никитин А. М., Баранов О. Н., Бичин А. М., Ким С. Д. Хирургия, 5, 108—111, 1987.
8. Панчишина М. В., Олейник С. Ф. Дисбактериоз кишечника. 120. Киев, 1983.
9. Федоров В. Д., Дулоцко Ю. В. Проктология. 384, М., 1984.
10. Чиркин В. В., Щадрин В. П., Корнева Т. К., Давыдова Е. Н., Воробьев Г. Н., Постникова О. Е. Проблемы проктологии. 135—138, М., 1981.
11. Эпштейн-Литвак Р. В., Вильямская Ф. Л. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника. Методические рекомендации. М., 1977.

Поступило 24.X 1988 г.