

и герпесвирусная инфекции имеют ключевое значение в развитии синдрома РС при диссеминированных энцефалитах у детей. Это является основанием обязательной дифференциальной диагностики РС с диссеминированным энцефалитом и прицельный поиск инфекционных агентов боррелиозной и герпесвирусной природы при синдроме рассеянного склероза у детей. Выявление этиологического фактора и своевременная адекватная этиотропная и патогенетическая терапия позволяют добиться благоприятного исхода заболевания.

Соловьева О.И.¹, Шумихина И.А.¹, Симаненков В.И.¹, Яковлев А.А.²

**ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ:
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ**

¹*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург;*

²*СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С. П. Боткина»,
o_solovjova@inbox.ru*

Актуальность: Синдром раздраженного кишечника (СРК) является наиболее распространенным функциональным заболеванием желудочно-кишечного тракта. Около 30% пациентов, страдающих СРК, имеют в анамнезе эпизод острой кишечной инфекции бактериальной, вирусной или паразитарной этиологии, что позволило выделить отдельную форму – постинфекционный синдром раздраженного кишечника (ПИ-СРК). Заболевание носит хроническое рецидивирующее течение, в существенной мере ухудшая качество жизни страдающих этим недугом. Лечение больных с СРК является трудной задачей. Применяющиеся в настоящее время группы препаратов в схемах терапии СРК дают временный эффект и не оказывают существенного влияния на течение заболевания. Таким образом, профилактика развития синдрома раздраженного кишечника является одной из актуальных задач современной медицины. В последние годы проведены многочисленные исследования, доказавшие позитивную роль отдельных пробиотических штаммов в купировании СРК. Учитывая роль дисбиотических процессов в формировании и поддержании симптоматики СРК, особенно связанного с перенесенной острой кишечной инфекции (ОКИ), возможность использования пробиотиков в качестве профилактического средства требует изучения.

Цель: оценить частоту развития СРК-подобного синдрома после перенесенной ОКИ и возможность применения пробиотической терапии для профилактики ПИ-

СРК.

Материалы и методы: с целью оценки частоты развития СРК-подобного синдрома было изучено 300 историй болезней пациентов, перенёвших острую кишечную инфекцию средней степени тяжести в 2010 г. Возбудитель кишечной инфекции был верифицирован в 100% случаев. Диагноз был подтверждён бактериологическим посевом кала, ПЦР. Для 192 человек было выполнено телефонное анкетирование. Во время телефонного контакта у респондентов уточнялся характер жалоб, характерных для СРК, возникших после перенесенной острой кишечной инфекции.

Для оценки возможности применения пробиотической терапии для профилактики ПИ-СРК была отобрана группа из 40 пациентов с верифицированной ОКИ бактериальной и вирусной этиологии. Средний возраст пациентов составил $29,0 \pm 0,83$ года. Участвовали 26 женщин и 14 мужчин. Все пациенты получали терапию для лечения острой кишечной инфекции (ОКИ): антибактериальную (ципрофлоксацин), симптоматическую. По окончании проводимой терапии пациенты были рандомизированы на две группы: 1-я группа (20 человек) - получала плацебо (автоклавированное молоко); 2-я группа (20 человек) - получала пробиотический штамм *Enterococcus faecium* L3 в виде молочно-кислой закваски, содержащей 10^8 КОЕ в 1 мл продукта. Курс лечения составил 10 дней, по 50 мл 2 раза в день. По изучаемым параметрам обе группы были сравнимы. Перед приемом, непосредственно после курсового приема и через шесть месяцев проводилось изучение кишечного микробиоценоза методом ПЦР-РТ. Контрольный осмотр пациентов проводился через полгода с целью определения наличия симптомов, характерных для ПИ-СРК согласно Римским Критериям III. В течение исследования пациенты вели дневник, в котором ежедневно отмечали жалобы, самочувствие, характер стула.

Результаты: в ходе телефонного анкетирования больных у 48 человек (25%) были выявлены разного рода жалобы в период от 2 месяцев до года после перенесенной острой кишечной инфекции. Из них 15 человек (31,25%) жаловались на появление болей в животе, у 15 человек (31,25%) присутствовал абдоминальный болевой синдром, сочетавшийся с запором, у 9 человек (18,75%) развился запор, 6 (12,5%) человек страдали диареей, у 3 (6,25%) человек диарея сочеталась с болевым синдромом в животе. У всех пациентов после антибактериальной терапии по поводу ОКИ и до пробиотической терапии был выявлен дисбиоз: у 11 (27,5 %) пациентов - лёгкой степени тяжести, у 29-ти (72,5 %) - средней степени тяжести. При контрольном осмотре через шесть месяцев у пациентов уточнялся характер жалоб, характерных для ПИ-СРК, возникших после перенесенной ОКИ. В 1-й группе (плацебо) жалобы, характерные для СРК, появились у 7 больных (35 %), во 2-й группе – у двух (10 %) больных ($p=0,01$).

Обсуждение: ПИ-СРК диагностируется при наличии симптомов, соответствующих III Римским диагностическим критериям СРК: наличие рецидивирующей боли в животе или дискомфорта по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 месяца с появлением симптомов не менее, чем за 6 месяцев до постановки диагноза. Симптомы должны сочетаться с двумя или более признаками: улучшение после дефекации; начало связано с изменением частоты стула; начало связано с изменением формы стула. Одним из направлений терапии синдрома раздраженного кишечника, в том числе ПИ-СРК, является пробиотическая терапия. Данные о перспективности использования пробиотиков в терапии СРК в последние годы публикуется в отечественной и зарубежной литературе. В финальном документе Римского консенсуса III результаты назначения пробиотиков пациентам с СРК оценены как "обнадеживающие". Пробиотики сегодня занимают нишу одного из направлений в курации пациента с СРК наряду со средствами, нормализующими тонус кишечной стенки, и психотерапевтической коррекции. Обсуждаются механизмы действия пробиотиков при СРК, которые заключается в следующем: предотвращение адгезии чужеродных микробов (колонизационная резистентность); продукция антимикробных субстанций (бактериоцины, лизоцима, активные радикалы кислорода); конкуренция за пищевые субстраты; продукция цитопротективных веществ; ацидификация толстокишечного содержимого; регуляция иммунного ответа на патогены (синтез sIgA, IgG, повышение синтеза макрофагами и Т-клетками цитокинов, усиление фагоцитоза; хоминг-эффект); ферментопродукция – гидролиз клетчатки, белков, жиров, крахмала, деконъюгация желчных кислот; укрепление цитоскелета, экспрессия тропомиозина ТМ-5, синтез актина и окклюзина, снижение проницаемости кишечной стенки; повышение синтеза муцина (стимуляция гена MUC-3); стимуляция синтеза и активации рецептора эпителиального фактора роста (EGF). Продукты метаболизма микроорганизмов, входящих в состав пробиотиков, – короткоцепочечные жирные кислоты (масляная кислота), служат источником питания и энергии эпителиоцитов и стимулируют моторику кишечника, влияя на кальциевые каналы в толстой кишке и усиливая сократительный эффект гладкой мускулатуры. Образование осмотических активных субстанций (органических кислот) приводит к снижению рН и стимуляции моторики. Некоторые микроорганизмы, например *L. Acidophilus*, оказывают сопоставимый с морфином анальгезирующий эффект при абдоминальной боли, сопровождающийся увеличением экспрессии каннабиноидных и опиоидных μ -рецепторов в эпителиальных клетках, выстилающих кишечник. Таким образом, все описанные выше эффекты пробиотических штаммов, могут быть полезными для профилактики развития ПИ-СРК.

Выводы: телефонное анкетирование больных, перенесших ОКИ, позволило установить, что у 25% пациентов развивается СРК – подобный синдром. Применение пробиотической терапии после эпизода ОКИ позволяет достоверно снизить риск (частоту) развития ПИ-СРК.

К.Г.Тярасова, Д.Ю.Алексеев, Е.М.Гринева

**СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ:
АКТУАЛЬНОСТЬ, СОВРЕМЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Санкт-Петербургский государственный университет

Распространённость туберкулёза в Российской Федерации в последнее пятилетие по данным статистической информации снижается, с 2009 года отмечена тенденция к стабилизации и некоторому снижению показателя заболеваемости, что позволяет с определённым оптимизмом говорить об улучшении здоровья населения. Существенно влияют на эпидемиологическую обстановку по туберкулёзу увеличение числа мигрантов из стран с неблагоприятной ситуацией по туберкулёзу, распространение ВИЧ-инфекции и хронических гепатитов в популяции. Это влечёт обнаружение уже прогрессирующих деструктивных форм туберкулёза. Ошибочно полагать, что выявление туберкулёза – задача исключительно противотуберкулёзной службы. Своевременное выявление туберкулёза среди населения сохраняет актуальность в работе лечебно-профилактических организаций, общего профиля и противотуберкулёзных, и преследует цели: уменьшения эпидемиологической опасности больного туберкулёзом для окружающих и достижения наиболее благоприятного клинического исхода заболевания у больного. Поскольку, чем раньше начато лечение туберкулёза, тем лучше результат. Критерии своевременности при установлении диагноза туберкулёза предполагают, что у больного нет систематического микобактериовыделения, отсутствует распад в ткани, процесс имеет ограниченное распространение и протекает без осложнений. Современные направления по выявлению туберкулёза включают обследования: скрининговые массовые, индивидуальные (на основании должной кратности) при обращении в лечебную сеть пациента вне зависимости от причины обращения, контрольные - среди лиц с высоким риском заболевания туберкулёзом, внеочередные - при обращении к врачу с жалобами, подозрительными на туберкулёз. Основными методами скрининговых обследований являются массовая туберкулинодиагностика у лиц до 15-ти лет и проверочная флюорография у лиц