

НАРУШЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ

С.З. Валиева¹, И.М. Чепурная², Г.А. Иноземцева¹, Т.И. Хвостова¹, Л.Г. Полинская¹

¹МЛПУЗ Клинико-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону

²Представительство ЭРБА Лахема в РФ

Обсуждается проблема нарушения микробиоценоза кишечника у часто болеющих детей в г. Ростов-на-Дону на основании результатов анализов, полученных при обследовании в 2008-2010 гг. Описана динамика изменения микробного пейзажа у детей разных возрастных групп (уменьшение облигатно-анаэробной микрофлоры на фоне увеличения частоты выделения клинически значимых условно-патогенных микроорганизмов факультативной части микрофлоры в количестве, превышающем нормативы), показана роль условно-патогенных микроорганизмов в развитии патологического процесса.

Ключевые слова: дисбактериоз кишечника, микробиоценоз кишечника, иммунодефицит, микробный пейзаж.

DISTURBANCES OF BOWEL MICROBIOTICENOSIS IN IMMUNODEFICIENT CHILDREN

S.Z. Valieva¹, I.M. Chepurnaya², G.A. Inozemceva¹, T.I. Khvostova¹, L.G. Polinskaya¹

¹Clinical Diagnostic Center, Rostov-on-Don

²ERBA Lachema, Representation in RF

The problem of bowel microbiocenosis disturbances in frequently ailing children of Rostov-on-Don is under discussion based on analyses results obtained during examination in 2008-2010. Dynamics of microflora alterations in children of different age groups is presented in the article (decrease of obligatory anaerobic microflora against the background of increased incidence of secreting clinically significant opportunistic microorganisms of the facultative part of microflora in amounts exceeding the norm) as well as a role of opportunistic microorganisms in development of pathogenic process.

Key words: bowel dysbacteriosis, bowel microbiocenosis, immunodeficiency, microflora.

Среди многочисленных факторов, обуславливающих развитие дисбактериоза, важную роль играют иммунные нарушения, биологические факторы (бактерии, грибы, вирусы, простейшие), антимикробные препараты (особенно антибиотики). К группе риска по формированию дисбактериоза относятся, прежде всего, часто болеющие дети, поскольку хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, а также инфекционные заболевания, обусловленные вторичными иммунодефицитами, как правило, лечат антибиотиками [1]. Это, с одной стороны, приводит к еще большему подавлению иммунитета, а с другой способствует развитию антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов-оппортунистов, клинически значимых для данной группы детей [4]. Формируется замкнутый круг, разорвать который возможно лишь с учетом всех механизмов патологического процесса и назначением адекватной терапии. В этих условиях важная роль принадлежит лабораторной

диагностике, в частности, микробиологическому анализу.

Бактериологическая диагностика в последние годы претерпела определенные положительные изменения в плане стандартизации и воспроизводимости результатов, благодаря активному внедрению в практику коммерческих тест-систем для идентификации микроорганизмов и автоматизации исследований [5].

Дети с иммунодефицитом изначально имеют нарушения становления нормофлоры кишечника. Нормальная микрофлора кишечника составляет часть единой экосистемы с макроорганизмом хозяина. Обмен веществ кишечной микрофлоры непосредственно интегрирован в систему обменных процессов макроорганизма, поэтому существование этих двух метаболических систем друг без друга не представляется возможным. Нарушения микробиоценоза желудочно-кишечного тракта усугубляют состояние иммунодефицита [2, 6, 8]. Эффективность коррекции

Сравнение микробного пейзажа по основным клинически значимым условно-патогенным микроорганизмам, выделяемым из кишечника и различных биотопов часто болеющих детей, показало увеличение частоты наличия *S. aureus* с 51% в 2008 г. до 58% в 2010 г.

Необходимо отметить значительный рост частоты выделения дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Так, в 2008 г. она составила 28%, в 2009 г. – 38%, в 2010 г. – 46% (у 60% детей в невысоком титре 10³-10⁴). Обнаружение грибов в титрах 10⁵-10⁷, особенно в ассоциации с гноеродными кокками (указанные ассоциации выявлены в 2008 г. в 10% случаев, в 2009 г. – в 12%, в 2010 г. – в 14%) свидетельствует о кандидозе кишечника, протекающем в виде катарального или катарально-геморрагического сигмоидита.

В последние годы у 10-20% обследованных детей с ослабленными защитными механизмами на фоне снижения количества бифидо- и лактобактерий обнаруживают непатогенные клостридии. Размножение клостридий активизируется при снижении количества основных представителей облигатной микрофлоры (бифидо- и лактобактерий), что часто приводит к развитию синдрома «раздраженной кишки», псевдомембранозного или острого колита [7]. При этом среди клостридий, в норме встречающихся в кишечнике, наиболее благоприятным представителем является *Cl. bifermetas*, оказывающий при титре 10⁴ позитивное действие на пищеварение, участвуя в процессах деконъюгации желчных кислот (указанный вид выявлен нами в 83-88% случаев).

В заключение следует отметить, что достоверное и своевременное выявление формирующихся бактериально-грибковых ассоциаций, отслеживание микробного пейзажа и анализ в динамике позволяют точно и полно диагностировать степень дисбактериоза и глубину этого процесса в организме пациента, проводить лечение в каждом конкретном случае с учетом не только микробного компонента, но и дисбиотических изменений нормофлоры кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986.
2. Воробьев А.А. Дисбактериозы у детей. Минск: БГМУ. 2006. 64 с.
3. Лупан И.Н., Самарин О.И., Тетуревич А.Н. и др. Инновационный подход к иммунотерапии часто болеющих детей // Вопр. диагност. в педиатрии. 2009. №3. С.104-107.
4. Прозоровский С.В., Тартаковский И.С. Возбудители оппортунистических инфекций – роль в инфекционной патологии человека и методы лабораторной диагностики // Клин. лабор. диагностика. 1998. №2. С.24, 33-37.
5. Скала Л.З., Сидоренко С.В., Нехорошева А.Г. Практические аспекты современной клинической микробиологии. М., 2004.
6. Урсова Н. Дисбактериозы у детей // Новости мед. и фармации. 2006. №5. С.9-16.
7. Хавкин А.И. Нарушение микроэкологии кишечника. Принципы коррекции: Методические рекомендации. М., 2004.
8. Gorbach S.L. Function of the normal microflora // Scand. J. Infect. Dis. 1986. No.49. P.17-23.