

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АТОПИИ

Мызгина Т.И.

Приведены данные исследования об использовании смесей на основе частично гидролизованного белка при искусственном вскармливании детей 1-го года жизни с риском развития атопии.

Ключевые слова: дети 1 года жизни, атопия, искусственное вскармливание, частично гидролизованный белок.

Стаття надійшла 24.03.10

IMPLICATION THE MILK FORMULA MEDICAL NUTRITION OF FIST-YEAR INFANTS WITH THE RISK OF ATOPY

Myzgina T.I.

The author studied the effect of the using the milk formula with abstemious hydrolyzed protein in the nutrition of fist-year infants with the risk of atopy.

Key words: fist-year infant, abstemious hydrolyzed protein, atopy, nutrition.

УДК 616. 61 – 002.3 – 092 : 616.98

~~Г.Л. Пустовойт, Ю.А. Кострикова, Г.І. Ярмола, І.В. Циганенко, Л.С. Овчаренко,
В.Д.І.Харати, Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава~~

РОЛЬ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ТРАНСЛОКАЦІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ

Проведене бактеріологічне дослідження аутопсійного матеріалу, взятого у 10 осіб молодого і зрілого віку (середній вік 36,3±3,3 років), 10 осіб середнього віку (середній вік 52,3±1,8 років) та 10 осіб похилого і старечого віку (середній вік 69,4±3,7 років), які за життя не мали нефрологічної патології. За результатами дослідження, бактеріальна мікрофлора, котра може виступати у ролі уропатогенів, із нирки виділена у 20 об'єктів дослідження (66,7%), із тонкої кишки – у 16 об'єктів дослідження (53,3%) та із товстої кишки - у 16 об'єктів дослідження (53,3%). Із них, у 9 випадках (45,0%) із нирки та кишечника виділена ідентична мікрофлора. Виділення бактеріальної мікрофлори із ниркової тканини людей, які за життя не мали будь-яких даних за захворювання нирок, дає підставу припустити існування бактеріальної транслокації із кишечника як фізіологічного явища, що спостерігається впродовж усього життя.

Ключові слова: бактеріальна транслокація із кишечника, хронічний пієлонефрит, патогенез

Дослідження виконано у рамках теми “Дослідження молекулярно-генетичних аспектів патогенезу артеріальної гіпертензії для розробки нових методів діагностики та диференційованого лікування” (№ державної реєстрації 0103V004857).

Впродовж минулого століття неодноразово робились спроби з'ясувати механізми розвитку пієлонефриту (ПН). При цьому, виділяють три історичних етапи в еволюції поглядів на патогенез ПН. На першому етапі (кінець XIX – перша половина XX століття) уриногенне розповсюдження інфекції із сечового міхура у нирки нарівні з гематогенним надходженням із екстрауринарних запальних вогнищ вважались основними шляхами інфікування нирок. На другому етапі (50-60-і роки XX століття) гематогенний шлях інфікування нирок протиставлявся уриногенному. Ставилась під сумнів сама можливість розповсюдження інфекції по сечовому руслу проти току сечі. На третьому етапі (70-80-і роки XX століття) була доведена можливість уриногенного інфікування нирок нарівні з гематогенним і робились спроби поєднати ці два механізми розвитку пієлонефриту [10].

Як відомо, абсцес нирки частіше розвивається внаслідок метастатичного заносу мікроорганізмів із віддалених гнійних вогнищ. Гематогенний шлях інфікування нирок може реалізуватися також у ході системних інфекційних запальних процесів, які характеризуються вираженою бактеріємією. Мікроби чи мікробні емболи осідають переважно у капілярах навколо звивистих каналців у корковій речовині нирки, ініціюючи початок гострого інфекційного запального процесу у нирках [14]. Крім того, інфекційні збудники здатні затримуватись у капілярах клубочків, пошкоджувати у процесі життєдіяльності клубочкову мембрану, капсулу Шумлянського-Боумана та проникати у звивисті каналці. В останніх починається їх бурхливе розмноження та агресія проти епітелію. Далі через порушену цілісність стінки каналців інфекційні збудники потрапляють до перетубулярно розташованих структур нирки [1].

Ряд дослідників є прихильниками погляду, згідно якого бактерії частіше потрапляють до нирок рефлюксогенним шляхом із нижче розташованих відділів сечової системи. У першу чергу це стосується механізму розвитку хронічного ПН [17]. При цьому, резервуаром уропатогенних бактерій

вважають пряму кишку, промежину та уретру. У чоловіків джерелом уропатогенів може бути передміхурова залоза [8], а у жінок – піхва [16].

Проте, у публікаціях останніх років все частіше висловлюються погляди відносно важливої ролі бактеріальної транслокації із кишечника у патогенезі ПН [3, 4]. На генетичному рівні було доведено зв'язок рецидивного характеру хронічного ПН з уропатогенними штамми *E.coli*, що колонізують пряму кишку, промежину та уретру [8]. При обстеженні хворих з неускладненим ПН було встановлено однакову частоту нефрогенних штамів *E.coli* у ректальному мазку та урокультури [9]. Адгезія бактерій кишкової групи до уротелію на фоні зниження місцевого імунітету може стати причиною розвитку та хронізації інфекційного запального процесу в нирках [17].

На сьогоднішній день достеменно відомо, що товста кишка є істотним резервуаром грам-негативної анаеробної мікрофлори [13]. У нормі до кров'яного русла може надходити відносно невелика кількість бактерій. Як правило, у системі воротньої вени бактеріальні агенти зв'язуються клітинами Купфера, макрофагами та іншими структурами. Висловлюється думка про те, що бактеріальна транслокація із кишечника на відносно низькому рівні може спостерігатися у практично здорових людей [2]. Означений процес відбувається впродовж всього кишкового тракту, але з більшою інтенсивністю у тонкому кишечнику [7]. На фоні кишкового дисбіозу інтестинальна проникливість здатна значно підвищуватись [6, 11, 12]. Після прориву мікрофлори до лімфатичного, потім кров'яного русла, відбувається гематогенна дисемінація, котра може ініціювати інфекційний запальний процес у нирках [4]. Певну роль в означеному механізмі розвитку ПН може відігравати загальна резистентність організму, біологічні властивості бактерій, порушення уродинаміки та ниркової гемодинаміки [9]. Обтяжуючим фактором виступає інволютивне порушення мікробіоценозу кишечника [15].

Метою роботи було вивчення ймовірної ролі бактеріальної транслокації із кишечника у патогенезі хронічного пієлонефриту.

Матеріал і методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було проведене бактеріологічне дослідження аутопсійного матеріалу взятого від 10 померлих молодого і зрілого віку (20-44 роки) – перша група спостереження, 10 померлих середнього віку (45-59 років) – друга група спостереження та 10 померлих похилого і старечого віку (≥ 60 років) – третя група спостереження. Середній вік об'єктів дослідження, у яких за життя не було будь-яких даних за захворювання нирок, відповідно складав $36,3 \pm 3,3$ років, $52,3 \pm 1,8$ років та $69,4 \pm 3,7$ років. Аутопсійний матеріал (шматочки нирки, товстого та тонкого кишечника) набирали не пізніше, чим через 12 годин після смерті людини та доставляли у лабораторію не пізніше, ніж через годину після забору. Зі шматочків тканин готували мазки-відбитки, які фарбували по Граму. При мікроскопічному дослідженні визначали кількість бактерій, морфологію та тінкторіальні властивості мікроорганізмів. Залежно від результатів бактеріоскопії, досліджуваний матеріал висівали на „подвійне середовище”, „середовище для контролю стерильності” збагачене, 5% кров'яний агар та додаткові середовища (жовтково-сольовий агар, середовище Ендо, ЦПХ-агар). Перед мікробіологічним дослідженням зі шматочків органів і тканин стерильними інструментами видаляли поверхневий шар та свіжими зрізами робили відбитки (площею 2см^2) на щільних поживних середовищах. Після інкубації проводили дослідження мікрофлори.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження, бактеріальна мікрофлора, котра може виступати у ролі уропатогенів, із нирки виділена у 20 об'єктів дослідження (66,7%), із тонкої кишки – у 16 об'єктів дослідження (53,3%) та із товстої кишки - у 16 об'єктів дослідження (53,3%). Із них, у 9 випадках (45,0%) із нирки та кишечника була виділена ідентична мікрофлора. При цьому, із ниркової тканини у 8 спостереженнях (40,0%) було виділено три уропатогена, у 7 спостереженнях (35,0%) - два уропатогена та у 5 спостереженнях (25,0%) - один уропатоген. Характерно, що у віковій категорії 20-44 роки частота позитивних результатів бактеріального дослідження зразків нирки дорівнювала 40,0%, у віковій категорії 45-59 років – 60,0%, а після 60 років 100,0%. Вищевикладене дозволяє припустити не лише існування бактеріальної транслокації із кишечника як фізіологічного явища, що відбувається впродовж усього життя у “практично здорових людей”, а й посилення означеного процесу з віком. Результати дослідження підтверджують спостереження О.Б.Кутового та співавторів (2003), згідно яких з віком знижується бар'єрна функція кишечника і спостерігається більш виражена транслокація бактерій у кров'яне русло та внутрішні органи, у т.ч. – у нирки [5]. На наш погляд, виділення патогенної мікрофлори із кишечника вказує на порушення мікробіоценозу. Спектр мікрофлори, яка висівалась із ниркової тканини та кишечника, свідчить про її уропатогенність. У більшості випадків мало місце поєднання грам-позитивних та грам-негативних культур.

Висновки

Виділення ідентичної бактеріальної мікрофлори, котра може виступати у ролі уропатогенів, із ниркової тканини та кишечника у людей, які за життя не мали будь-яких даних за захворювання нирок, дає підставу припустити існування бактеріальної транслокації із кишечника як фізіологічного явища, що спостерігається впродовж усього життя, та його ймовірну роль у патогенезі пієлонефриту. Означений процес посилюються з віком, створюючи умови для інфікування нирок та хронізації інфекційного запального процесу.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Дані, отримані нами в результаті дослідження, будуть використані для удосконалення методів лікування пієлонефриту.

Література

1. Айвазян А.В. Острые заболевания почек и мочевыводящих путей / А.В. Айвазян, А.М. Войно-Ясенецкий. - М.: Наука, 1999.- 264 с.
2. Бессимптомная бактериурия как проявление симптома активации и персистенции эндогенной микрофлоры в динамике адаптации человека к стрессу / Б.А. Бердичевский, В.Е. Цветчих, Г.Я. Лернер [и др.] // Урол. и нефрол. – 2003. - №2. – С.12-16.
3. Биocenоз кишечника и коррекция его нарушений / Н.В. Харченко, С.В. Бойко, Д.В. Токарь [та ін.] // Новости медицины и фармации: Гастроэнтерология.-2005.- №20-22 (180-182).- С.5.
4. Використання Aegococcus viridans для профілактики хірургічних та урологічних ускладнень, обумовлених мікробною транслокацією / О.Б. Кутовий, С.А. Риженко, Р.М. Молчанов [та ін.] // Урологія.- 2003.- Т.7, №1(24). С.23-25.
5. Гриценко В.А. Патогенетическое обоснование клинико-микробиологической классификации бактериурии / В.А. Гриценко, А.А. Вялкова, О.В. Бухарин // Рос. вестн. перинатол. и педиатр.- 1999.- Т.2, №5.- С.54-59.
6. Капшитар Ю.Г. Роль бактериальной транслокации в патогенезе острого пиелонефрита / Ю.Г. Капшитар, И.И. Сидоренко, И.Н. Звягольская // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад. Т.5, вип. 2(10).- 2005.- С.15-18.
7. Митрохин С.Д. Факторы персистенции условно-патогенных микроорганизмов при дисбактериозе желудочно-кишечного тракта / С.Д. Митрохин, В.Н. Минаев, Н.А. Зайцева // Микробиология, эпидемиология и иммунология.- №7.– 1997.– С.87-89.
8. Пытель Ю.А. Терапия хронического необструктивного пиелонефрита / Ю.А. Пытель, И.И. Золотарев // Урол. и нефрол. – 1999. - №1. – С.20-22.
9. Роль транслокации бактерий в патогенезе хирургической инфекции / В.И. Никитенко, В.В. Захаров, А.В. Бородин [и др.] // Хирургия.- 2001.- №4.- С.63-66.
10. Сенцова Т.Б. Иммунобиологические критерии хронизации пиелонефрита / Т.Б. Сенцова // Педиатрия.– 1999.- №2.– С.64-66.
11. Удовицький Ю.І. Уриногенні джерела інфікування нирок / Ю.І. Удовицький // Урологія.— 1999.—Т.2, №2.— С.27-34.
12. Урсова Н. Дисбактериозы у детей / Н. Урсова // Новости медицины и фармации: Педиатрия.-2004.- №6 (146).- С.13-15.
13. Ухаль М.І. Роль бактеріальної транслокації кишкової мікрофлори у розвитку гострого пієлонефриту в умовах первинного кишкового дисбактеріозу / М.І. Ухаль, Ф.І. Костев, О.М. Ухаль // Урологія.-2000.- №3.- С.19-21.
14. Шабад А.Л. Особенности этиологии и патогенеза клинического течения и лечения разных форм острых инфекционных заболеваний почек / А.Л. Шабад, Ю.Ф. Шарпов, Г.С. Константинов // Урол. и нефрол.- 2000.- №6.- С.15-22.
15. Childs S.J. Bacteriuria and urinary infections in the elderly / S.J. Childs, R.J. Egan // Urol. Clin. N. Amer.- 1999.- Vol.23.- P.43-53.
16. Darouiche R.O. Recurrence of bacteriuria and progress to symptomatic urinary tract infections in spinal cord – injured patients / R.O. Darouiche, R. Cadle // J. Rehabil. Res. Develop.– 1999.– Vol.33.– P.264-269.
17. Goluszko P. Development of experimental model of chronic pyelonephritis with E.Coli 075: k5:H / P. Goluszko, S.L. Moseley, L.D. Truong // J. Clin. Invest.– 1997.– Vol. 99.- №7.– P.1662-1672.

Резюме

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ ИЗ КИШЕЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Пустовойт А.Л., Кострикова Ю.А., Ярмола Т.И., Циганенко И.В., Овчаренко Л.К.

Проведено бактериологическое исследование аутопсийного материала, взятого у 10 человек молодого и зрелого возраста (средний возраст 36,3±3,3 лет), 10 человек среднего возраста (средний возраст 52,3±1,8 лет) и 10 человек пожилого и старческого возраста (средний возраст 69,4±3,7 лет), которые при

ROLE OF BACTERIAL TRANSLOCATION FROM INTESTINE IN CHRONIC PYELONEPHRITIS PATHOGENESIS

Pustovoit A.L., Kostrikova I.A., Yarmola T.I., Ciganenko I.V., Ovcharenko L.K.

There were done a bacteriologic tests of postmortem material taken from 10 persons of young and middle age (mean age 36,3±3,3 years), 10 persons of middle age (mean age 52,3±1,8 years) and 10 persons of elder and senile age (mean age

жизни не имели нефрологической патологии. По результатам исследования, бактериальная микрофлора, которая может выступать в роли уропатогенов, из почки выделена у 20 объектов исследования (66,7%), из тонкой кишки – у 16 объектов исследования (53,3%) и из толстой кишки – у 16 объектов исследования (53,3%). Из них, в 9 случаях (45,0%) из почки и кишечника выделена идентичная микрофлора. Выделение бактериальной микрофлоры из почечной ткани людей, которые при жизни не имели каких-либо данных про заболевания почек, дает основания допустить существование бактериальной транслокации из кишечника как физиологического явления, которое наблюдается на протяжении всей жизни.

Ключевые слова: бактериальная транслокация из кишечника, хронический пиелонефрит, патогенез.

Стаття надійшла 11.04.10

69,4±3,7 years) that didn't have any renal pathology. Probably uropathogenic bacteria were obtained from kidneys in 20 persons (66,7%), from small intestine in 16 persons (53,3%) and from large intestine in 16 persons (53,3%). From the above mentioned in 9 cases (45,0%) bacteria obtained from kidney and intestine were the same. Obtaining of bacteria from the renal tissue in persons that didn't have any renal pathology affords ground for suppose of intestinal bacteria translocation as physiologic process that continues during all life.

Key words: bacterial translocation from intestine, chronic pyelonephritis, pathogenesis.

УДК 616.24 – 002.5:[616.98:578.828ВІЛ]

О.А. Рева, В.Г. Бондаренко, О.В. Сабитова
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРИ ПОЄДНАННІ З ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЄЮ

Вивчалася якість життя хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД на базі Полтавського протитуберкульозного диспансеру та Полтавського обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом. Сорок п'ять пацієнтів добровільно приймали участь у дослідженні, відповівши на анкетні запитання якості життя. Було проаналізовано медичні карти амбулаторних хворих та історії хвороби, анамнез захворювання та життя, вік, стать, місце проживання, супутні захворювання, час з моменту встановлення діагнозу. Результати дослідження продемонстрували наявність розладів в нервово-психічній сфері пацієнтів. Серед 33 чоловіків та 12 жінок, які приймали участь у обстеженні, тільки 13,4% чоловіків спокійно сприйняли діагноз, а серед жінок цей показник становив 2,2%. В зв'язку з тим, що поєднані дві інфекції ТБ/ВІЧ серед усіх захворювань займають особливе місце, повідомлення про них хворому являється потужним психотравмуючим фактором з різними розладами психоемоційної сфери. Отримані результати дозволяють нам використовувати та розвивати допоміжні методи психокорекції та психо-соціологічні втручання, що сприятимуть підвищенню ефективності лікування та покращенню якості життя таких пацієнтів.

Ключові слова: туберкульоз, ВІЛ, СНІД, якість життя, психокорекція.

Робота виконана у рамках НДР ВДНЗУ «УМСА» та є фрагментом НДР кафедри фтизіатрії з дитячою хірургією «Вивчити ефективність організації лікування хворих на туберкульоз легень і вдосконалити заходи щодо її поліпшення». № Державної реєстрації 0108U000216

На сьогодні туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією (ТБ/ВІЛ-інфекція) становить загрозову проблему. ТБ/ВІЛ-інфекція є складною медико-соціальною і економічною проблемою охорони здоров'я, оскільки особи працездатного віку становлять 86% із загального числа вперше виявлених на туберкульоз[12]. Однією із актуальних проблем сучасної медицини є вивчення зв'язків соматичних захворювань і психічного стану хворого. Про вплив психологічних факторів на виникнення і перебіг хронічних захворювань ще вказував відомий російський клініцист С.П. Боткін, який особливу увагу звертав на стан нервової системи та психіки, підкреслював значимість функціональних зв'язків органів і систем в цілісному організмі. Вікторов І.Т. відмічав що «вряд ли можно найти ещё такое заболевание, в котором бы психический фактор играл столь большую роль и значение, как в туберкулезе легких, и с другой стороны, пожалуй, ни одно из соматических заболеваний не влияет столь многосторонне на психическое состояние, как туберкулез легких». В подальшому рядом російських вчених (Мудровим М.Я., Захар'їним Г.А., Сеченовим І.М., Павловим І.П., Введенським М.Є., Биковим К.М.) була розроблена ідея цілісного підходу до пацієнта, при якому враховується стан морфофізіологічних систем організму та специфіка особистості хворого[1,2,4]. Особливо гостро стоїть проблема, коли діагностується одночасно дві інфекції, які викликають у пацієнтів крім фізичного дискомфорту ще й складну сукупність переживань, нав'язливих роздумів, розладів нервової системи. Встановлення специфічного ураження легень або інших органів нерідко виникає у хворого страх і депресію, що пов'язані в основному зі