

Винахід відноситься до медицини, а саме до гастроентерології.

Відомо, що під час розвитку запальних процесів товстого відділу кишечника, які супроводжують коліти, ентероколіти тощо, відбувається порушення рН кишкового вмісту, і це в свою чергу сприяє подальшому розвитку існуючої патології. Традиційна терапія бачить основною своєю ціллю призначення антибактеріальних препаратів для знищення популяцій патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів кишечника (Детярева І.І. Заболевания органов пищеварения. -К, 1999.-312с.)

Недоліком такого метода лікування є пригнічення анаеробної флори кишечника, що часто супроводжується розвитком суперінфекцій, прогресуванням запальних змін слизової товстого відділу кишечника та ще більш значним відхиленням від норми рН кишкового секрету.

Завданням запропонованого способу є усунення запальних змін слизової товстого відділу кишечника і нормалізація показників пристінного рН шляхом додаткового призначення пробіотика симбітер.

Поставлене завдання вирішується таким чином.

У способі корекції порушень пристінного рН товстого відділу кишечника, що включає призначення базисної терапії, згідно з винаходом додатково призначають симбітер.

Симбітер - новий вітчизняний пробіотик, який виробляє ТОВ-фірма "О.Д.Пролісок" (Україна), містить живі клітини багатокомпонентної симбіотичної культури цілющих (пробіотичних) мікроорганізмів:

біфідобактерії, лактококи, лактобацили, пропіоновокислі бактерії (Пат.иА №10367, С12N1/20, А23С9/12, 1998).

Пробіотичні мікроорганізми, які входять до складу симбітеру, синтезують вітаміни, ферменти та інші фізіологічне цінні метаболіти, активують імунну систему, виявляють виражену антагоністичну дію на широкий спектр патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів, які викликають інфекційні захворювання різної етіології.

Для здійснення способу, що заявляється, необхідний комплекс внутрішньопорожнинної рН-метрії "ІКШ-2" і колоноскоп з наявністю інструментального каналу для контролю за ефективністю терапії, що проводиться. Спосіб селективної пристінної рН-метрії товстої кишки описано у пат. UA №53347А (2003). Для ендоскопічного дослідження товстого відділу кишечника ми використовували колоноскоп марки Fujinon FC7-MR2 (Японія). Пристінну ендоскопічну рН-метрію виконували у 4 етапи: місцева анестезія, введення колоноскопа й огляд товстої кишки, введення до інструментального каналу колоноскопа одноелектродного ендоскопічного рН-мікрозонда і вимір рН з урахуванням топографії товстого відділу кишечника.

Пристінна рН-метрія виконувалася з урахуванням топографії товстої кишки: анальний канал (2см від вихідного отвору), пряма кишка (15см), ректо-сигмоїдальний кут (19см), ободова кишка (29см), селезінковий вигин. Якісний і кількісний склад біоценозу товстого відділу кишечника визначався шляхом посіву десятикратних розведень фекалій на диференційно-діагностичні середовища. Абсолютні числа виявлених мікроорганізмів виражалися в десяткових логарифмах колонієутворюючих одиниць на 1 г фекалій (lg КУО/г).

Нами обстежено 90 хворих на хронічний коліт, у віці від 33 до 56 років, у тому числі 63 (70%) чоловіків і 27 (30%) жінок. В залежності від призначеного лікування хворі були поділені на дві групи: I включала 36 пацієнтів, в лікуванні яких було використано традиційні засоби терапії та антибактеріальні препарати включно; II група - 54 пацієнти, лікування яких доповнювалось призначенням симбітеру по 1 дозі в 100мл фізіологічного розчину 1 раз на добу протягом 14 днів.

В результаті колоноскопічного дослідження у обстежених хворих було діагностовано ознаки обмеженого і дифузного коліту. Пристінна селективна рН-метрія слизової оболонки товстого відділу кишечника виявляла пряму залежність величини рН у зоні виміру від наявності і виразності у пацієнтів локального запального процесу. Величина рН у обстежених осіб складала: анальний канал (2см від вихідного отвору) -  $8,10 \pm 0,44$ , у практично здорових осіб -  $8,54 \pm 0,32$ ; пряма кишка (15см) - відповідно:  $8,09 \pm 0,32$  і  $8,49 \pm 0,34$ ; ректо-сигмоїдальний кут (19см) -  $7,85 \pm 0,41$  і  $8,33 \pm 0,34$ ; ободова кишка (29см) -  $7,55 \pm 0,42$  і  $8,29 \pm 0,31$ ; селезінковий вигин -  $7,56 \pm 0,34$  і  $8,21 \pm 0,30$ . Середні величини показників виявляли тенденцію до зменшення рН при наявності активного запального процесу слизової, причиною якого може бути, в тому числі, дисбактеріоз товстого відділу кишечника. Бактеріологічне дослідження кишкового вмісту виявляло різноманітні зміни якісного і кількісного складу мікробіоценозу - в 1,5-2 рази знижувалась концентрація біфідобактерій і лактобацил, змінювалось співвідношення аероби/ анаероби у бік збільшення перших, зменшувался сумарний вміст Е.соїї при збільшенні серед них кількості бактерій з гемолізуючими властивостями, збільшувалась концентрація St. aureus, KJebsiella та інших мікроорганізмів.

Лікування засобами базисної терапії не сприяло усуненню у хворих ознак порушеного пристінного рН, величини пристінного рН у селективних ділянках не виявляли тенденції до відновлення. У хворих I групи після проведеного лікування спостерігалось збільшення в калі лактобактерій, сумарного вмісту Е.соїї і ряду інших мікроорганізмів, відбувалось подальше зменшення біфідобактерій, збільшення вмісту дріждже-подібних грибків роду Candida.

Слід відмітити значну позитивну динаміку в перебігу запального процесу у хворих II групи, в лікуванні котрих був призначений симбітер, що має високу антагоністичну дію на широкий спектр патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Бактеріологічне дослідження кишкового вмісту у хворих II групи достовірно виявляло відновлення якісного та кількісного складу мікробіоценозу - у 84,2% випадків у них до моменту виписки із стаціонару концентрація біфідобактерій і лактобацил досягала фізіологічних нормальних величин, спостерігалась зміна співвідношення аероби/анаероби в бік збільшення останніх; збільшувался сумарний вміст Е.соїї при зменшенні серед них нижче, ніж 10% кількості бактерій зі слабковираженими ферментативними і гемолізуючими властивостями; зникали представники патогенної мікробної флори. Величини пристінного рН товстого відділу кишечника у цих хворих наближались до нормальних: анальний канал (2см від вихідного отвору) -  $8,53 \pm 0,32$ , пряма кишка (15см) - відповідно  $8,47 \pm 0,34$ ; ректо-сигмоїдальний кут (19см) -  $8,29 \pm 0,34$ ; ободова кишка (29см) -  $8,27 \pm 0,31$ ; селезінковий вигин -  $8,23 \pm 0,30$ .

За результатами проведених досліджень встановлено, що внаслідок застосування симбітера нормалізується кислотно-лужний пристінний гомеостаз, склад та функціональна діяльність нормофлори товстого відділу кишечника. Вказана позитивна динаміка сприяла скороченню терміну перебування хворих II групи в стаціонарі на 7,3 дні. На відміну від багатьох інших терапевтичних засобів, специфіка дії симбітеру полягає в багатоплановому,

але м'якому впливі на всі відділи травного каналу з одночасною корекцією вторинних патологічних змін в організмі пацієнта.

Одержані позитивні результати та відсутність сторонніх ефектів свідчать про доцільність використання пробіотика симбітер у комплексній системі лікувальних заходів пацієнтів із запальними процесами шлунково-кишкового тракту.