

фильтр. Затем его раскапали на суточные культуры 5 видов бактерий, посеянные газонном на плотные питательные среды. Чашки Петри с культурами: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* и *Proteus mirabilis* разделили на 4 части для раскапывания экстрактов из грибов. Чашки помещали в термостат на сутки при температуре 37 °С и в последующем оценивали зоны отсутствия роста в местах нанесения экстрактов. Бутылки с грибами и экстрактом помещали в холодильник на 2 недели. По истечению этого времени экстракт трутовика лакированного, фильтровали через бактериальный фильтр и раскапывали на суточные культуры *Klebsiella pneumoniae* и *Candida albicans*, посеянные газонном на плотных питательных средах.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного исследования были изучены антибактериальные и антифунгицидные свойства водных экстрактов, полученных из плодовых тел базидиальных грибов: *Lentinula edodes*, *Ganoderma lucidum*, *Hericium erinaceus*, *Auricularia polytricha*. Установлено, что экстракты из плодовых тел *Lentinula edodes*, *Hericium erinaceus*, *Auricularia polytricha* не обладают антибактериальными и антифунгицидными свойствами. Однако было отмечено, что водный экстракт из плодовых тел *Ganoderma lucidum* блокирует рост и развитие бактерий вида *Klebsiella pneumoniae*, а также проявляет антифунгальную активность в отношении грибов вида *Candida albicans*.

Выводы

Анализируя полученные данные, можно заключить, что наиболее перспективным базидиальным ксилотрофным грибом для дальнейшей работы в отношении антибактериальных и антифунгицидных свойств является трутовик лакированный (*Ganoderma lucidum*).

ЛИТЕРАТУРА

1. Антимикробные свойства базидиального гриба *Laetiporus sulphureus* / О. В. Ефременкова [и др.] // Успехи медицинской микологии. — М.: Национальная академия микологии, 2006. — Т. 7. — С. 280–281.
2. Культивирование и противомикробные свойства съедобных дереворазрушающих грибов / Л. М. Краснопольская [и др.] // Методологические основы познания биологических особенностей грибов-продуцентов физиологически активных соединений и пищевых продуктов: тез. докл. 1-й Международной конференции. — Донецк: ДГУ, 1997. — С. 17–19.

УДК 615.874.2:616.348-002

ПРОБИОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА

Крыльчук В. П., Шкутович А. Н., Веремеюк К. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. Л. Тумаш*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псевдомембранозный колит — это острое инфекционное заболевание кишечника, вызванное *Clostridium difficile* и развившееся как осложнение антибактериальной терапии [1]. *C. difficile* — облигатно анаэробная грамположительная спорообразующая бактерия. Ее споры устойчивы к воздействию физических и химических факторов, благодаря чему возбудитель способен длительно выживать во внешней среде [2]. Основными факторами патогенности *C. difficile* являются токсины А и В [3].

В Республике Беларусь на данный момент препаратами выбора для лечения псевдомембранозного колита являются метронидазол и ванкомицин, так как они наиболее активны

в отношении *C. difficile*. В качестве дополнения к основной терапии с целью улучшения состояния пациентов и сокращения сроков госпитализации применяются пробиотики.

Цель

Определить наиболее действенный пробиотический препарат который в комбинации с основной терапией дает наилучший клинический эффект.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни пациентов с псевдомембранозным колитом, в возрасте от 3 до 82 лет. Которые проходили лечение на базе УЗ «ГОИКБ» с января 2013 по июнь 2018 гг. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel 2010». Качественные признаки описаны с помощью доли и ошибки доли n , ($p \pm sp\%$), а также Me (25; 75 процентилей). Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, описаны при помощи среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

За период с января 2013 по июнь 2018 гг. на базе УЗ «ГОИКБ» по поводу псевдомембранозного колита лечение проходили 45 человек. Из них мужчин 12 ($26,7 \pm 6,6\%$), а женщин 33 ($73,3 \pm 6,6\%$). С целью сравнения эффективности лечения все пациенты были разделены на группы в зависимости от применяемых препаратов. Пациенты в группе не различались по возрасту, полу, степени тяжести заболевания. Средний возраст пациентов составил 60 (52; 72) лет. Также исследованы два случая псевдомембранозного колита у детей 3–4 лет (4 %).

В качестве основного лечения псевдомембранозного колита использовались метронидазол и ванкомицин. В качестве дополнения — пробиотические препараты (биофлор, линекс, лацидофил, энтерожермина).

Все пациенты нами были разделены на 2 группы: к первой группе относятся пациенты, которые одновременно с этиотропным лечением получали пробиотические препараты — 39 человек ($86,7 \pm 5,1\%$). В качестве основной терапии эти лица получали комбинацию препаратов ванкомицина и метронидазола. Ко второй группе относятся лица, не получавшие пробиотические препараты, — 6 ($13,3 \pm 5,1\%$). К ним относятся люди, получавшие монотерапию ванкомицином, — 1 ($2,2 \pm 2,2\%$) и комбинацию последнего с метронидазолом — 5 ($11,1 \pm 4,7\%$). Более точное распределение пациентов по группам в зависимости от схем лечения представлено в таблице 1.

Пациенты, относящиеся к первой группе, нами также были разделены на схемы лечения в зависимости от вида пробиотического препарата. Среди них мы выделили пациентов, которые в качестве дополнительной терапии использовали лиофилизированные бактерии (линекс, лацидофил) — 18 ($40 \pm 7,3\%$) — схема 1А; препараты *E. Coli* (биофлор) — 15 ($33,3 \pm 7,1\%$) — схема 1Б; лекарственные средства, содержащие в составе *Bacillus Clausii* (энтерожермина), — 6 ($13,3 \pm 5,1\%$) — схема 1В. Пациенты, которые относятся ко второй группе (не получали пробиотики) — схема 2.

Таблица 1 — Характеристика пациентов в исследуемых группах

Схема лечения	Возраст, лет Me (25; 75)	Длительность лихорадки, день	Частота стула	Наличие слизи и крови в стуле, n , ($p \pm sp\%$)
Схема 1А	60,5 (41,3; 71,5)	$4,2 \pm 1,2$	$8,9 \pm 1,2$	8 ($44,4 \pm 11,7\%$)
Схема 1Б	65 (55,3; 72)	$3,3 \pm 1,0$	$7,3 \pm 1,2$	7 ($46,7 \pm 12,3\%$)
Схема 1В	50 (39; 64)	$7,2 \pm 2,9$	$8,8 \pm 1,9$	4 ($66,7 \pm 19,2\%$)
Схема 2	56 (54; 59,5)	$2,5 \pm 1,2$	$6,3 \pm 1,8$	1 ($16,7 \pm 15,2\%$)

По схеме 1А проходили лечение 18 ($40 \pm 7,3\%$) человек в возрасте 60,5 (41,3; 71,5) лет. Из 18 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 11 пациентов

и длилась в среднем $4,2 \pm 1,2$ дня. Максимальная частота стула для этой группы составила $8,9 \pm 1,2$ раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила $20 \pm 2,4$ дня.

По схеме 1Б проходили лечение 15 ($33,3 \pm 7,1$ %) человек в возрасте 65 (55,3; 72) лет. Из 15 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 7 пациентов и длилась в среднем $3,3 \pm 1,0$ дня. Максимальная частота стула для этой группы составила $7,3 \pm 1,2$ раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила $16,3 \pm 1,8$ дня.

Схема 1В была назначена 6 ($13,3 \pm 5,1$ %) пациентам в возрасте 50 (39; 64) лет. Из 6 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 4 пациентов и длилась в среднем $7,2 \pm 2,9$ дней. Максимальная частота стула для этой группы составила $8,8 \pm 1,9$ раз в сутки. Средняя длительность госпитализации составила $24,8 \pm 4,3$ дня.

Схема 2 была назначена 6 ($13,3 \pm 5,1$ %) пациентам в возрасте 56 (54; 59,5) лет. Из 6 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 5 пациентов и длилась в среднем $2,5 \pm 1,2$ дня. Максимальная частота стула для этой группы составила $6,3 \pm 1,8$ раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила $10,8 \pm 2,2$ дня.

Несмотря на то, что схема 1А используется чаще других, мы не смогли получить достаточно данных указывающие на большую эффективность данной схемы в сравнении с 1Б ($p = 0,46$; $\alpha = 0,05$); 1В ($p = 0,18$; $\alpha = 0,05$) и 2 ($p = 0,55$; $\alpha = 0,05$). Аналогичная ситуация и со схемой 1Б: ($p = 0,06$; $\alpha = 0,05$) для 1В и ($p = 0,89$; $\alpha = 0,05$) для 2. Схема 1В также не имеет никакого преимущества по сравнению со схемой 2 ($p = 0,17$; $\alpha = 0,05$). Однако при использовании схемы 1А и 1Б достоверно снижается период госпитализации по сравнению со схемой 2. Для них $p = 0,047$ и $p = 0,02$ при $\alpha = 0,05$ соответственно.

Выводы

1. Среди пациентов с псевдомембранозным колитом в половой структуре преобладают женщины 33 ($73,3 \pm 6,6$ %), в возрастной структуре чаще болеют лица старше 50 лет, т. к. 25 процентиль — 52.

2. Наиболее используемой схемой лечения является метронидазол/ванкомицин и линекс/лацидофил 18 ($40 \pm 7,3$ %).

3. Схемы 1А и 1Б являются наиболее эффективными так как достоверно снижают сроки госпитализации. Для них $p = 0,047$ и $p = 0,02$ при $\alpha = 0,05$ соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черненко Т. В. Псевдомембранозный колит: диагностика, лечение и профилактика (обзор литературы) / Т. В. Черненко // Журнал им. Н. В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. — 2016. — № 1. — С. 33–39.

2. Антибиотик-ассоциированная диарея / С. Д. Косюра [и др.] // Лечебное дело. — 2015. — № 1. — С. 131–134.

3. Nelson, R. L. Antibiotic treatment for Clostridium difficile-associated diarrhoea in adults (Review) / R. L. Nelson, K. J. Suda, C. T. Evans // Cochrane Library [Electronic resource]. — 2017. — Mode of access: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004610.pub5/epdf/full>. — Date of access: 19.03.2019.

УДК 616-002.5:159.923

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

Левченко К. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бондаренко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез — хроническое инфекционное заболевание, которое часто сопровождается пациента в течение всей его жизни. Это оказывает большое влияние на личностно-