Весьма интересным представлялось изучение чувствительности эшерихий к антагонистическому действию клебселл. Для этого была изучена чувствительность индикаторных штаммов *E. coli* Row и *E. coli* ф. Нам не удалось ни в одном случае выявить бактерицидную активность *A. pneumoniae* в отношении индикаторных штаммов *E. coli*.

Таким образом, для клебселл характерна моночувствительность к определенным типам колицинов, что может иметь значение в этиологии острых кишечных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудлай Д. Г., Лиходед В. Г. Бактериоциногенез. Л., 1966.
2. Лиходед В. Г., Кудлай Д. Г. ЖМЭИ, 11, 85, 1964.
3. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. Л., 1974.
4. Cook M. K., Blackford F. L., Robbins M. L., Farr L. M. Antibiotics and Chemotherapy, 3, 195, 1953.
5. Frederick P., Levine M. I. Bacteriol. 34, 785, 1917.

Поступило 23.VI 1988 г.

Бюлл. ж. Армении, № 11, (42), 1989

УДК 616.351:615.839

ПОЛОСТНАЯ И ПРИСТЕНОЧНАЯ МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

К. Ф. АМБАРЦУМЯН, Б. Г. САРКИСЯН, Д. В. ЭЛОЯН, А. Ш. АНАНЯН

НИИ проктологии МЗ АрмССР, Ереван

Микрофлора кишечника—синдром раздраженной толстой кишки.

В патологии желудочно-кишечного тракта большое место занимают нарушения микробной флоры кишечника. При заболеваниях толстой кишки выраженность дисбактериоза ставится в прямую зависимость от тяжести поражения органа. Основную информацию о микробной флоре толстой кишки в клинических условиях получают путем посева содержимого полости, фекалий. Однако в последние годы [2—4] показано, что микробы могут находиться как в просвете кишки (полостная, или П-микрофлора) так и на поверхности слизистой (мукозная, М-микрофлора), будучи тесно связанными с ней и составляя особую экологическую среду. Функционально-морфологические изменения в кишечной стенке способствуют внедрению в нее микроорганизмов, что замедляет интенсивность регенерации эпителия, развивается атрофия слизистой оболочки, вследствие чего снижается адсорбционная способность эпителиальных клеток, нарушается пристеночное пищеварение. Удержание микробов на слизистой оболочке обеспечивается адгезивностью, которая может быть обусловлена специфическими антигенами бактерий, пиллями или пилленодобными образованиями [1, 6].

Сокращения: СРТК—синдром раздраженной толстой кишки.

В настоящей работе представлены результаты сравнительного изучения пристеночной микрофлоры сигмовидной кишки и микрофлоры фекалий у больных с функциональной патологией, в частности, СРТК.

Материал и методика. Изучена полосатая и пристеночная микрофлора сигмовидной кишки 37 больных СРТК. Соскоб со слизистой сигмы производили с помощью стерильной металлической ложки во время ректоскопии. Соскоб весом примерно 10 мг растирали в стерильной ступке с 1 мл физиологического раствора. Видовой и количественный состав микрофлоры фекалий и слизистой сигмовидной кишки изучали согласно методическим рекомендациям [5].

Результаты и обсуждение. Из фекалий больных выделены следующие виды микроорганизмов: эшерихии—в 100% случаев, в том числе лактозодефектные и гемолитические формы в 24,3% случаев, у 46%—бифидобактерии, 16,2%—протей, 19%—прочие условно-патогенные бактерии (клебселлы, цитробактер, энтеробактер), 8,1%—патогенные стафилококки (табл.).

Исследование мукозной флоры выявило следующее: в 89,1% случаев—эшерихий, среди них лактозодефектные и патогенные формы у 19% больных, у 5,4%—бифидобактерии, 8,1%—протей, 13,5%—прочие условно-патогенные бактерии (табл.).

Видовой состав микрофлоры фекалий и слизистой сигмовидной кишки у больных СРТК

Материал	Частота обнаружения бактерий, %					
	бифидобактерии	эшерихии		протей	прочие условно-патогенные энтеробактерии	стафилококки
		всего	патогенные формы			
Слизистая	5,4	89,1	19	8,1	13,5	—
Фекалии	46	100	24,3	16,2	19	8,1

В 26 случаях наблюдали качественно идентичный (за исключением бифидобактерий) состав микробной флоры как в полости, так и в слизистой толстой кишки. Имели место лишь количественные различия: уменьшение числа эшерихий и условно-патогенной флоры в слизистой на 2—3 порядка по сравнению с концентрацией этих бактерий в фекалиях. У 17 больных были обнаружены бифидобактерии в фекалиях (в концентрации 10^8), тогда как в слизистой этих же больных они определялись только в 2 случаях.

Сравнительный анализ полостной и пристеночной микрофлоры выявил различия не только в содержании бифидофлоры. В 2 случаях наблюдалось присутствие клебселлы в фекалиях, но они не были обнаружены в слизистой толстой кишки, у одного больного отмечалось обратное, были также случаи выделения цитробактера из слизистой и протей из фекалий, золотистого стафилококка из кала и его отсутствие в слизистой, энтеробактера из слизистой и отсутствия его в фекалиях (в 2 случаях). У 4 больных в слизистой обнаруживались гемолитические и лактозодефектные эшерихии, тогда как в кале они отсутствовали.

Таким образом, у 11 больных (29,7%) выявлены различия в составе полостной и пристеночной микрофлоры (без учета случаев расхождений по бифидофлоре). Проведенные исследования показали, что в большинстве случаев (70,2%) у больных СРТК наблюдается качественно идентичный состав мукозной (слизистая сигмовидной кишки) и полостной микрофлоры (за исключением бифидобактерий). Однако количество бактерий, адгезированных на слизистой, меньше на 2—3 порядка по сравнению с концентрацией их в фекалиях. В большинстве случаев мукозную флору составляли эшерихии. Очевидно, наличие пилей способствует их адгезии на слизистой оболочке. Бифидобактерии, напротив, обнаруживались в составе мукозной флоры лишь в 5,1%, тогда как в фекалиях они наблюдались в 46% случаев.

Дальнейшее изучение пристеночной микрофлоры, механизма прикрепления бактерий к стенке пищеварительного тракта поможет выработать меры «прицельной» профилактики и терапии путем подавления адгезии пристеночной микрофлоры, которая в определенных условиях (проникновение адсорбированных на эпителии бактерий внутрь эпитолия, массовое размножение их на слизистой оболочке, ослабление защитного барьера) может стать патогенным фактором.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселов А. Я. Лаб дело, 4, 3—11, 1988.
2. Левина Е. Н., Конарейкина С. К., Полферов В. А., Златкина А. Р., Макиевская С. Е., Мисаутова А. А. ЖМЭИ, 6, 95—98, 1979.
3. Мисаутова А. А., Златкина А. Р., Макиевская С. Е., Палей О. С., Капустин В. М., Уголев А. М. ЖМЭИ, 4, 78—80, 1979.
4. Пинсгин В. В., Мальцев В. Н., Коршунов В. М. Дисбактериозы кишечника. М., 1984.
5. Эпштейн-Литвак Р. В., Вильшинская Ф. Л. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника. Методические рекомендации. М., 1977.
6. Lorens A., Schultze J., Grutke F. K. Nahrung, 28, 6—7, 611—644, 1984.

Поступило 28.X 1988 г.

Биол. ж. Армении, № 11.(42).1989

УДК 016.314—202(576.8)

ДРОЖЖЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

О. С. БЕЛОРУСОВ, А. Г. СЕМЕНЬЧЕВ, А. Я. МАЛКИНА,
А. П. КАЙКАЯН, Г. В. БАНЧЕНКО

Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Марджановского МЗ СССР: отдел трансплантации почки и искусственных органов; ЦНИИ стоматологии МЗ СССР, отдел терапевтической стоматологии, Москва

Трансплантация почки—полость рта—дрожжевая инфекция.

По данным отечественных и зарубежных авторов, микотические осложнения развиваются примерно у 40% больных, перенесших операцию пересадки почки [1—5]. Значительная обсемененность зева грибами