For rheumatoid arthritis, in general, the unstable condition of the calcium-regulating system is peculiar.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сандян Х. С.* В кн.: Нейрогуморальная регуляция иммунного гомеостаза. Л., 1986, с. 63.
2. *Bramble M. G. et al.* Br. Med. J., 1980, 281, 840.
3. *Dunham J. et al.* Ann. Rheum. Dis., 1982, 41, 569.
4. *Harris Jr. E. D.* In Textbook of Rheumatology. Philadelphia, 1981, II, 951.
5. *Heaney R. P., Barger-Lux M. J.* Triangle, 1985, 24, 91.
6. *Heath H., Purnell D. C.* В кн.: Нарушения обмена кальция. М., 1985, с. 225.
7. *Kennedy A. C. et al.* Ann. Rheum. Dis., 1979, 38, 401.
8. *Maddison P. J., Bacon P. A.* Br. Med. J., 1974, 2, 433.
9. *Pecile A.* Triangle, 1983, 22, 147.
10. *Sambrook P. N. et al.* Ann. Rheum. Dis., 1985, 44, 585.
11. *Saville P. D., Kharmosh O.* Arthritis Rheum., 1967, 10, 423.

УДК 616.351 : 615.839

Б. Г. САРКИСЯН, О. Я. ДАВТЯН, А. С. АГАБАЛЯН, Л. А. ДАНИЕЛЯН, Л. У. НАЗАРОВ

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО И РАНЕВОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ПРИ НЕКОТОРЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Проведено исследование микрофлоры кишечного содержимого и раневого отделяемого при различных заболеваниях толстой кишки. Показано, что микрофлора кишечного содержимого при неспецифическом язвенном колите в основном представлена лактозонегативными и гемолитическими формами кишечной палочки. Наиболее часто встречаемой бактериальной флорой в раневом отделяемом при эпителиальных копчиковых ходах, свищах, парапроктитах являлся золотистый стафилококк.

Проблема бактериальной природы проктологических заболеваний не теряет своей актуальности на сегодняшний день. Сходство клинических проявлений многих воспалительных заболеваний толстой кишки с клиникой инфекционных поражений кишечника позволяет рассматривать инфекцию в качестве возможного этиологического фактора. Однако роль бактериальной инфекции в патогенезе указанных заболеваний окончательно не выяснена. Наиболее изученными в этом аспекте являются такие заболевания, как парапроктиты, прямокишечные свищи и эпителиальные копчиковые ходы, при которых в основном отмечают выделения кишечной палочки и золотистого стафилококка [1, 2, 5].

В связи с вышесказанным целесообразность изучения микрофлоры кишечного содержимого и раневого отделяемого при различных проктологических заболеваниях очевидна.

Обследовано 166 больных с различными поражениями толстой кишки: 52—с эпителиальными копчиковыми ходами (ЭКХ), 25—со свищами прямой кишки, 17—с парапроктитами, 31—с тотальным катаральным колитом (ТКК), 26—с левосторонним колитом (ЛК) и катараль-

ным проктосигмоидитом (КПС) и 15 больных с неспецифическим язвенным колитом (НЯК). Бактериологическое исследование проводили согласно методическим указаниям по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями [4]. Посевы производили на среды Эндо, Плоскирева, Сабуро, 5% кровяной агар, желточно-солевой агар. Отделяемое из ран забирали в стерильные пробирки с сахарным бульоном, инкубировали в течение 24 часов при 37°, после чего высевали на указанные выше среды. Посевы инкубировали в течение суток при 37°, за исключением среды Сабуро, которую выдерживали 72 часа при 25°. Идентификацию высеваемых микроорганизмов проводили с помощью ряда биохимических тестов. Забор материала проводили до начала лечения.

Анализ результатов исследования кишечного содержимого при воспалительных заболеваниях толстой кишки (ТКК, ЛК, КПС, НЯК) выявил, что в большинстве случаев высевается кишечная палочка. Как видно из таблицы, при НЯК лактозонегативные (лак—) и гемолитические формы (гем+) кишечной палочки высевались значительно чаще, чем лактозопозитивные (лак+)—60 и 20% соответственно. Противоположная картина наблюдалась при ЛК и КПС, где имело место преобладание лактозопозитивных форм кишечной палочки. При ТКК обе эти формы встречались примерно в равном количестве. Полученные результаты подтверждаются данными П. С. Олейниковой с соавт. [6], которые при указанных выше патологиях наблюдали превалирование лактозонегативных форм кишечной палочки.

Необходимо отметить, что в 60% случаев при НЯК наблюдался дисбактериоз кишечной флоры, который характеризовался выявлением ассоциаций условно-патогенных микроорганизмов, тогда как при ТКК и ЛК дисбактериоз определялся в 48,4 и 19,2% случаев соответственно.

При изучении бактериальной флоры раневого отделяемого было выявлено, что при ЭКХ наиболее часто высевались стафилококки, из которых основную часть представляли золотистый стафилококк (30,8%) и прочие виды стафилококков (17%). В то же время, как видно из таблицы, микрофлора раневого отделяемого при парапроктитах и прямокишечных свищах в основном была представлена кишечной палочкой с примерно одинаковым соотношением лак— и лак+форм. При этих же поражениях толстой кишки наиболее часто выявлялся золотистый стафилококк: в 25% случаев—при свищах и в 17,6%—при парапроктитах. Из других форм бактерий при указанных патологиях в единичных случаях высевались стрептококки, протей, энтеробактерии, клебсиеллы, псевдомонас. Полученные нами результаты находятся в соответствии с данными литературы [1, 3, 7].

В процессе изучения микрофлоры кишечного содержимого и раневого отделяемого в ряде случаев встречались ассоциации из 2—3 видов культур, одна из которых была представлена стафилококком (в 12%-при свищах и 17,6% случаев при парапроктитах). Ассоциации, связанные с протеем, чаще всего обнаруживались при НЯК.

Полученные данные позволяют предположить, что в этиопатогенезе ЭКХ, прямокишечных свищей и парапроктитов в подавляющем боль-

Таблица

Выделение микроорганизмов из кишечного содержимого и раневого отделяемого при некоторых проктологических заболеваниях

Заболевание	Число больных	Кишечная палочка				Стафилококк			
		лак+гем—		—	лак—гем+	золотистый		прочие	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ТКК	31	16	51,6±8,9	15	48,4 ±8,9				
ЛК и КПС	26	23	88±6,4	3	11,87±6,3				
НЯК	15	3	20±10,3	9	60±12,6				
ЭКХ	52	9	17,3±5,2	5	9,6±4,8	16	30,8±6,4	9	17,3±5,2
Параректальн. свищи	25	8	32±9,3	10	40±9,7	6	25±8,6	2	8,0±5,4
Парапроктит	17	7	41±11,9	6	35,5 ±11,6	3	17,6±9,2		

шинстве случаев играет роль кишечная палочка в сочетании со стафилококком, стрептококком, реже с протеем. Однако анализ данных изучения микрофлоры кишечного содержимого при воспалительных заболеваниях толстой кишки не позволил сделать однозначного вывода о роли того или иного микроорганизма в этиопатогенезе этих заболеваний, что свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований, направленных на сужение спектра микроорганизмов, высеваемых при различных патологиях толстой кишки.

НИИ проктологии
МЗ АрмССР

Поступила 17/XII 1986 г.

Բ. Գ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ, Օ. ՅԱ. ԴԱՎԹՅԱՆ, Ա. Ս. ԱՂԱԲԱՅԱՆ,
Լ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ

ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԵՐՔԱՅԻՆ ԱՐՏԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ՄԻԿՐՈՖԼՈՐԱՆ ՊՐՈԿՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՈՐՈՇ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ուսումնասիրվել է աղիքային պարունակության և վերքային արտադրության միկրոֆլորան պրոկտոլոգիական որոշ հիվանդությունների ժամանակ։ Վերքերի արտադրության և աղիքային պարունակության միկրոֆլորայի ուսումնասիրությունը հաստ աղու տարբեր հիվանդությունների ժամանակ ցույց է տվել, որ ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի ժամանակ աղիքային պարունակության միկրոֆլորան հիմնականում ներկայացված է աղիքային ցուպիկի լակտոզոնեգատիվ և հեմոլիտիկ ձևերով։ Վերքային արտադրության մեջ ամենահաճախ հանդիպող բակտերիալ ֆլորան էպիթելային պոչուկային ուռուցքների, պարապրոկտիտների և խուղակների ժամանակ հանդիսանում է ոսկեգույն ստաֆիլոկոկը։ Աղիքային ֆլորայի դիսբակտերիոզը հիմնականում նկատվում է ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի ժամանակ։

B. G. SARKISSIAN, O. Ya. DAVTIAN, A. S. AGHABALIAN, L. A. DANIELIAN, L. H. NAZAROV

THE STUDY OF THE INTESTINAL CONTENT'S MICROFLORA AND DISCHARGE OF THE WOUNDS IN SOME PROCTOLOGIC DISEASES

It is shown that the intestinal content's microflora in nonspecific ulcerous colitis consists mainly of the lactosogenative and hemolytic forms

of the colibacillus. The most frequent bacterial flora, found out in the wound discharge in epithelial coccygeal passage, fistulas and paraproctitis is Staphylococcus aureus.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гапонов В. В.* Клин. хир., 1979, 1, с. 52.
2. *Дульцев Ю. В., Саламов К. Н.* Парапроктит. М., 1981.
3. *Мироненко Б. А.* Автореферат канд. дисс. М., 1973.
4. Методические указания по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями. М., 1984.
5. *Назаров Л. У.* Свищи прямой кишки (хронический парапроктит). М., 1966.
6. *Олейникова П. С., Туровцева В. В.* Пробл. проктол., вып. 3. М., 1982, с. 148.
7. *Ромашов Ф. Н., Герасимов А. А., Волков В. Б.* и др. Клин. хир., 1984,6, с. 59.

УДК 616.322—002 : 612.312.2.017

А. С. АЗНАУРЯН, А. К. ШУКУРЯН, А. В. АЗНАУРЯН

ЛИМФОИДНАЯ ТКАНЬ НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ В СВЕТЕ ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО, ГИСТОХИМИЧЕСКОГО И ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Проведены исследования гомогената лимфоидных клеток миндалин в сканирующем электронном микроскопе, показавшие наличие большого количества макрофагов, а также комплексов лимфоцит—макрофаг. Т-лимфоциты были окружены нитями фибрина, что, по-видимому, приводит к ослаблению клеточного иммунитета. Ферментативный анализ свидетельствует о понижении активности кислой фосфатазы.

Установлено, что лимфоидная ткань миндалин является очагом сложных иммуноморфологических процессов.

Небные миндалины на протяжении многих десятилетий изучались клиницистами как органы, ответственные за возникновение тонзиллита, и как «пусковой механизм» развития многих заболеваний и их осложнений [1,5—8, 11, 13, 14]. В последние годы в связи с достижениями иммуноцитологии было показано, что лимфоидная ткань миндалин, являясь лимфоэпителиальным органом, может рассматриваться как аналог бурсы фабрициуса птиц, которая является центральным органом В-системы иммунитета. В связи с этим изучение лимфоидной ткани миндалин как важного звена в системе иммунитета является крайне актуальным. Исследования миндалин в свете современных иммунологических и иммуноморфологических представлений малочисленны [3, 4, 9].

Целью настоящего исследования явилось изучение структурно-функциональных особенностей лимфоидной ткани миндалин в норме и при хроническом тонзиллите.

Объектом исследования служили миндалины 100 больных с различными формами хронического тонзиллита в возрасте от 13 до 48 лет, из коих 25 больных с компенсированной и 75—с декомпенсированной формой. Показанием к тонзиллэктомии у больных с компенсированной