

38. Lamphier T., Crittenden J. *Am. J. Proctology*, 1985, 36, 1, 15.
39. Millto G., Brancalone C., Cesca D., Scribano M. L., Casciani C. *U. Colo-Proctology*, 1985, 7, 5, 288.
0. Ostertun H. *Phlebol. und Proktol.*, 1985, 14, 4, 240.
41. Ribhans W. J., Radcliffe A. G. *Dis. Colon. Rectum*, 1985, 28, 3, 188.
42. Schoten W. R., van Vroonhoven T. F. *Dis. Colon Rectum*, 1986, 29, 869.
43. Sietzner F. *Phlebol. und Proktol.*, 1979, 8, 2, 91.
44. Wechter D. G., Luna G. K. *Dis. Colon Rectum*, 1987, 30, 2, 137.

УДК 616.348+616.342—002.44

С. С. АБРАМЯН, Д. И. ЭЛОЯН, Б. Г. САРКИСЯН, Л. А. КЦОЯН

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

У больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) произведен видовой анализ фекальной микрофлоры. При дисбиотических изменениях аутомикрофлоры толстой кишки выявлено превалирование протей и лактозонегативной кишечной палочки. Установлена прямая зависимость частоты выявления дисбактериоза от возраста и непрерывности течения НЯК. Дисбактериоз толстой кишки сопровождался повышением концентрации сывороточных иммуноглобулинов класса А. Определенный параллелизм между повышением уровня сывороточных иммуноглобулинов и дисбактериозом сохранялся после лечения.

При НЯК установлено резкое увеличение аэробной и анаэробной спорообразующей микрофлоры [4, 6, 8]. Выраженный дисбактериоз и изъязвление слизистой толстой кишки создают предпосылки для иммунизации организма микробными антигенами [1—3, 6, 8]. Установлено, что дисбиоз и язвенная поверхность слизистой кишки вызывают гиперпродукцию иммуноглобулинов различных классов в лимфоцитарных образованиях пищеварительного тракта [6].

Целью настоящей работы было исследование ряда клинико-бактериологических показателей у больных НЯК и выявление возможной взаимосвязи дисбактериоза толстой кишки с некоторыми показателями гуморального иммунитета (сывороточных иммуноглобулинов основных классов) в процессе лечения.

Под наблюдением находилось 114 больных НЯК с умеренно выраженной и выраженной активностью заболевания в возрасте от 20 до 62 лет. Длительность заболевания—от нескольких месяцев до 20 лет. С проктосигмоидитом было 60, левосторонним процессом—17, тотальным—37 человек. Больные были разделены на группы с хроническим рецидивирующим и непрерывным течением НЯК. При непрерывном течении язвенного колита (31 больной) имелись более выраженные, чем при рецидивирующем, изменения слизистой толстой кишки (язвы, эрозии, геморрагии, псевдополипы, полипы).

Дисбактериоз толстой кишки выявлен у 65% больных НЯК. Произведен видовой анализ микрофлоры толстой кишки. Данные представлены в таблице.

Из всех условно-патогенных бактерий чаще всего высевался протей (63%) и лактозонегативная кишечная палочка (ЛКП, 52%). Ге-

молитические энтеробактерии определялись в 22% случаев дисбактериозов. Изменения происходят и в облигатной флоре: бифидобактерии в разведении 10^8 отсутствовали в 68% случаев. Полученные данные о превалировании протей и ЛКП у больных НЯК совпадают с данными П. И. Олейникова и В. В. Туровцевой [7].

В 55% случаев всех дисбактериозов выявились ассоциации из 2—5 условно-патогенных микробов. При непрерывном течении НЯК дисбактериоз определялся из 3—5 микроорганизмов, а при рецидивирующем—из 2—4. При сочетанных дисбактериозах наиболее часто установлена пролиферация ЛКП (86%) и протей (64%) обычно в ассоциации с гемолитическими энтеробактериями, кандидами, гемолизирующими эшерихиями, анаэробными кокками. В виде монокультуры в 60% случаев встречался протей. Пролиферация протей при непрерывном течении НЯК выявлена в 66%, а при рецидивирующем—в 34% случаев.

У больных НЯК определялась прямая зависимость частоты выявления дисбактериоза толстой кишки от возраста и непрерывности течения заболевания. В возрастной группе 20—39 лет дисбактериоз установлен в 57%, в группе 40—60 лет и выше—в 73% случаев. При непрерывном течении НЯК выраженные изменения аутомикрофлоры толстой кишки определялись в 80%, а при рецидивирующем—в 50%

Видовой состав фекальной флоры у больных неспецифическим язвенным колитом с сопутствующим дисбактериозом

Условно-патогенные микроорганизмы	Частота выявления у больных НЯК	
	в монокультуре	в ассоциации
Протеус	21	27
Протеус вульгарис	7	15
Протеус мирабилис	11	7
Протеус морганьи	2	1
Протеус реттгери	1	4
Л К П	4	36
Гемолитические энтеробактерии	1	16
Кандида	—	10
Анаэробные кокки	—	4
Гемолитические кокки	—	3
Клостридии	—	3
Энтеробактер аэрогенес	1	—
Энтеробактер клоаке	1	—
Цитобактер	1	—
Бактероиды	—	2
Стафилококк	—	2
Стрептококк	—	1
Клебсиелла	6	1
Гемолизирующие эшерихии	—	7

случаев. Другие клинические параметры (длительность заболевания, пол больного, активность и протяженность процесса) на частоту выявления дисбактериоза не влияли.

При НЯК, кроме аутоиммунных процессов, иммунологические реакции протекают под влиянием микробных антигенов [1, 2, 4, 7—9]. В доступной литературе нами не обнаружено взаимосвязи между дисбактериозом кишечника и динамикой сывороточных иммуноглобулинов при НЯК. Исследование сывороточных иммуноглобулинов основных классов А, G и M проведено у 30 больных НЯК с сопутствующим дисбактериозом и у 30—без дисбактериоза до и после лечения.

Достоверное повышение уровня сывороточных иммуноглобулинов класса А (IgA) имелось в группе больных с дисбактериозом, в группе без дисбактериоза IgA оказались в норме. Выявлена взаимосвязь между повышенной концентрацией сывороточных IgA, возрастом больного (19—35 лет), длительностью заболевания (свыше 10 лет) и непрерывностью течения. Повышенная концентрация IgA в крови определялась при наличии в толстой кишке протей—в 33%, гемолитических эшерихий—в 30% и ЛКП—в 21% случаев.

Все больные получали индивидуализированное лечение, включающее антибактериальные препараты (сульфасалазин, фталазол, интестопан, трихопол), витамины, биостимуляторы, по показаниям кортикостероиды, переливание белковых препаратов, кровезаменителей, дезинтоксикационную терапию. При дисбактериозе толстой кишки применялись бактериальные препараты: колли-бактерин, бифидум-бактерин, бификол, бактисубтил. При протейных дисбактериозах в комплексную терапию были включены фурагин, фуразолидон, невивграммон.

После проведенного лечения у 16 больных дисбактериоз не выявлялся, у 11—дисбактериоз II степени перешел в I, у 3 больных микрофлора осталась без изменений. Надо отметить, что в 3 случаях дисбактериоз появился после лечения, что, по-видимому, связано с длительным приемом антибактериальных препаратов. После лечения протей сохранился у 7 и появился в процессе лечения у 2 больных.

В целом средний уровень повышенных сывороточных IgA после лечения имел тенденцию к нормализации. Однако в группе больных, у которых дисбактериоз не ликвидировался, уровень IgA оставался повышенным. Дисбиотические изменения после лечения сохранились почти у половины больных НЯК (48%). Отсюда возникает необходимость проведения повторных длительных курсов лечения бактериальными препаратами, поиск новых средств. Особого внимания требуют при НЯК те дисбактериозы, ведущим бактериальным агентом которых является протей.

Таким образом, наблюдается определенный параллелизм между повышением уровня сывороточных иммуноглобулинов и дисбактериозом толстой кишки в процессе лечения больных НЯК.

ՈՉ ՍԱԿԵԳՐԻԿ ԽՈՏԱՅԻՆ ԿՈԼԻՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԼ ԱՐՈՐԱՏՈՐ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԸ

Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտով տառապող 118 հիվանդների մոտ կատարվել է ֆեկալ միկրոֆլորայի տեսակային անալիզ:

Դիսբակտերիոզ հաստատվել է հիվանդների 65%-ի մոտ, ընդ որում 63%-ի մոտ պրոտեյի, 52%-ի՝ Լակտոզոնեգատիվ ցուպիկի գերակշռումով: Հաստատվել է դիսբակտերիոզի արտահայտվածության և հիվանդների տարիքի ու ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի շրջահատվող ընթացքի միջև ուղիղ համեմատական կապ:

Հսկողության տակ եղած հիվանդների մոտ դիսբակտերիոզը ուղեկցվել է շիճուկային «Ա» դասի իմունոգլոբուլինների բարձրացմամբ: Բուժման պրոցեսում մի շարք բակտերիալ դեղամիջոցներ օգտագործելով 48% հիվանդների մոտ դիսբակտերիոզը չի լիկվիդացվել և «Ա» դասի իմունոգլոբուլինները մնացել են բարձր:

S. S. ABRAHAMIAN, D. I. ELOYAN, B. G. SARKISSIAN, L. A. KTSOYAN

SOME CLINICAL-LABORATORY ASPECTS OF NONSPECIFIC ULCEROUS COLITIS

The analysis of fecal microflora is carried out in patients with non-specific ulcerous colitis.

The dysbacteriosis of the large intestine is found out in 65% of all the patients with prevalence of *Proteus* in 63%, and lactosonegative bacillus in 52% of cases. The direct dependence of the frequency of dysbacteriosis on the age and the uninterruptedness of the disease is revealed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бикен В. Л. В кн.: Гастроэнтерология, М., 1981, с. 52.
2. Жуков И. А., Гусаров А. И. Тер. архив, 1980, 2, с. 82.
3. Левитан М. Х., Шадрин Б. П., Халиф И. Л., Михайлова Т. Л. Клин. мед., 1978, 2, с. 94.
4. Марко О. П., Левитан М. Х., Туровцева В. В., Дементьев В. Л. Клин. мед., 1977, 1, с. 95.
5. Ольшанский Л. О., Левитан М. Х. Клин. мед., 1983, 8, с. 91.
6. Панчишина М. В., Олейник С. Ф. В кн.: Дисбактериоз кишечника, М., 1983, с. 31.
7. Туровцева В. В., Олейников П. П. Пробл. проктол., вып. 3, М., 1982, с. 148.
8. Федоров В. Д., Левитан М. Х. В кн.: Воспалительные заболевания толстой кишки. Ташкент, 1982, с. 5.