

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейол Е.А., Шаховская А.К., Лукаш Л.К. Клин. мед., 1983, 7, с. 89.
2. Радбиль О.С. МРЖ, раздел 17, 1979, 5, с. 11.
3. Рысс Е.С. Клин. мед., 1986, 5, с. 28.
4. Almy T. Med. clin. N. amer., 1978, 62, 203.
5. Fahrlander H. Klin. gastroent. Hrsg. L.Stuttgart, 1973, 14-s, 125.

УДК 616.348-002:576.8

А.С.Агабян, С.С.Агамалян, А.Г.Авакян, А.А.Акопян, Д.И.Элоян

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В КЛИНИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Неспецифический язвенный колит /НЯК/ - хроническое заболевание толстой кишки невыясненной этиологии, характеризующееся диффузным воспалением слизистой оболочки толстой кишки, образованием язв и нередко кровотечением. Среди хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта неинфекционной природы НЯК отличается наиболее тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом. Наряду со специфической клиникой заболевания сопровождается выраженными сдвигами в бактериологическом, биохимическом и иммунологическом статусах организма. Так, в последние годы изменение состава кишечной микрофлоры рассматривают как один из механизмов, поддерживающих хроническое течение заболевания. Характерным проявлением патологических сдвигов в микрофлоре кишечника является заметное увеличение общего количества микробов за счет аэробных групп [4]. Отмечается существенное снижение количества бифидобактерий вплоть до их полного исчезновения [1]. Такое элиминирование из состава микрофлоры бифидобактерий расценивается в качестве патологического признака, определяющего состояние дисбактериоза.

Иммунологические сдвиги при НЯК изучены достаточно подробно. Установлено закономерное повышение уровня иммуноглобулина А (ИгА) [3]. В ряде работ отмечается также повышение уровня иммуноглобулина Г (ИгГ) в сыворотке крови, что, по-видимому, связано с реакцией на гетерологичные антигены [7]. За последние годы накоплены убедительные доказательства участия кишечной палочки в иммунопатологическом механизме развития язвенного колита [6]. Приводятся данные о наличии связи между выраженностью бласттрансформации лимфоцитов, происходящей в присутствии экстракта, полученного из *E. Coli*, и выраженностью проявлений НЯК.

Клиническое течение НЯК характеризуется частым стулом, рвотой, дегидратацией, присоединением интоксикации, выражающейся увеличением количества мочевины, креатинина, молекул средней массы (МСМ), гипопроteinемией, повышением активности щелочной фосфатазы и энтерокиназы.

Сказанное выше определило задачу, поставленную в настоящей работе, - изучить возможную связь между нарушениями бактериологического, иммунологического и биохимического звеньев и клиническим проявлением НЯК.

В связи с поставленной задачей было обследовано 75 больных с НЯК, 30 с синдромом раздраженной толстой кишки (СРТК). Диагноз был установлен на основе клинического, инструментального, лабораторного обследований и

верифицирован рентгенологически. Уровень дисбактериоза, количественную характеристику иммуноглобулинов и МСМ определяли общепринятыми способами [2, 4, 5]. Контролем служили группа больных с СРТК и доноры (25 относительно здоровых лиц).

У обследованных больных НЯК до начала лечения кишечная микрофлора была представлена: у 37 больных (50%) - уменьшением содержания кишечной палочки от 10^7-10^8 до 10^4-10^5 , увеличением количества условно-патогенной флоры у 26 больных (34%), в том числе: энтеробактер - 45% (11 больных), лактозо-отрицательные эшерихии - 20% (5 больных), грибки рода *Candida* - 10% (3 больных), *Pr. mirabilis* - 8% (2 больных), *St. aureus* - 10% (3 больных), гемолитические эшерихии - 7% (2 больных). У 6 больных (24%) условно-патогенная микрофлора высевалась в ассоциациях: *Enterobacter-St. aureus*, *Enterobacter - Candida*, гемолитические эшерихии - *Candida*, *St. aureus - Candida*. Степень дисбактериоза определяли по классификации О.П.Марко и Т.К. Корневой, согласно которой у 44 больных (60%) определялся дисбактериоз первой степени - Д_I, а у 31 (40%) - дисбактериоз второй степени - Д_{II}. У всех больных отмечалось полное отсутствие бифидобактерий. У 11 больных степень дисбактериоза изучали в динамике заболевания. Анализ этого исследования выявил, что после проведения соответствующего лечения условно-патогенная микрофлора уменьшалась до 10^3-10^4 , а Д_{II} переходил в Д_I, причем такой переход соответствовал клиническому течению заболевания.

При изучении иммунологических сдвигов у больных НЯК обнаружено уменьшение общего количества Т-лимфоцитов до $37,4 \pm 1,27$ и увеличение концентраций ИгА. В то же время на фоне неизменных концентраций ИгМ количественные значения ИгГ несколько повышались или оставались в пределах физиологических значений.

При сопоставлении количественного баланса иммуноглобулинов со степенью выраженности дисбактериоза у больных НЯК выявлена прямая зависимость между повышением степени дисбактериоза и увеличением концентрации ИгА (табл.1).

Таблица 1

Оценка концентрации иммуноглобулинов в зависимости от выраженности дисбактериоза

Заболевание и степень дисбактериоза	Иммуноглобулины (мг/мл)		
	ИгА	ИгМ	ИгГ
НЯК			
Д _I /n=44/	2,09±0,24	0,91±0,07	10,49±1,22
Д _{II} /n=31/	2,88±0,31	0,87±0,11	11,29±1,09
СРТК			
Д _I /n=22/	1,79±0,08	0,86±0,045	9,87±1,12
Д _{II} /n=8/	1,89±0,36	0,83±0,21	10,11±1,32
Контроль /n=25/	1,87±0,09	0,83±0,04	10,20±1,11

Примечание. $P < 0,01$

Из представленной таблицы видно, что выраженность дисбактериоза при НЯК сопровождается увеличением количества ИгА, в то же время при Д_{II} у больных с СРТК концентрация ИгА остается на уровне контрольных значе-

ний, что говорит о более благоприятном течении заболевания и хорошем прогнозе.

При тяжелом течении НЯК, сопровождающемся развитием эндогенной интоксикации, кроме повышения традиционных критериев интоксикации мочевины ($14,2 \pm 1,09$) и креатинина ($179 \pm 9,23$), в 100% случаев отмечалось повышение уровня МСМ даже в тех случаях, когда значения мочевины и креатинина оставались в пределах физиологических величин. Была установлена четкая корреляция между выраженностью дисбактериоза, увеличением концентрации ИгА и повышением уровня МСМ (табл.2)

При изучении выраженности дисбактериоза, уровня МСМ и иммуноглобулинов в динамике заболевания было выявлено закономерное улучшение этих показателей с тенденцией к их нормализации, полностью коррелирующее с улучшением клинической картины заболевания (табл.3).

Таблица 2

Количественная характеристика иммуноглобулинов и МСМ у больных НЯК с развивающейся эндогенной интоксикацией

Заболевание и степень дисбактериоза	ИгА (мг/мл)	ИгМ (мг/мл)	ИгГ (мг/мл)	МСМ (ус.ед.)
НЯК				
Д _I /n=27/	$1,91 \pm 0,18$	$0,85 \pm 0,021$	$10,50 \pm 1,54$	$0,315 \pm 0,22$
Д _{II} /n=15/	$2,75 \pm 0,31$	$0,87 \pm 0,05$	$10,44 \pm 1,09$	$0,420 \pm 0,17$
СРТК				
Д _I /n=14/	$1,67 \pm 0,12$	$0,86 \pm 0,11$	$9,87 \pm 1,14$	$0,232 \pm 0,17$
Д _{II} /n=8/	$1,89 \pm 0,08$	$0,83 \pm 0,031$	$10,11 \pm 1,42$	$0,260 \pm 0,12$
Контроль /n=25/	$1,87 \pm 0,09$	$0,83 \pm 0,04$	$10,20 \pm 1,11$	$0,218 \pm 0,018$

Примечание. $P < 0,01$.

Таблица 3

Характеристика степени дисбактериоза, уровня иммуноглобулинов и МСМ у больных НЯК в динамике заболевания

Заболевание и показатели	Время наблюдения /недели/				
	1	2	3	4	5
НЯК /n=20/					
ИгА (мг/мл)	$2,74 \pm 0,22$	$2,41 \pm 0,07$	$2,28 \pm 0,06$	$2,08 \pm 0,02$	$1,91 \pm 0,33$
ИгМ (мг/мл)	$0,9 \pm 0,02$	$0,92 \pm 0,02$	$0,88 \pm 0,04$	$0,87 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,04$
ИгГ (мг/мл)	$10,9 \pm 1,08$	$11,0 \pm 1,26$	$10,8 \pm 1,22$	$10,8 \pm 1,12$	$10,3 \pm 1,21$
Дисбактериоз	Д _{II}	Д _{II}	Д _I	Д _I	Д _I
МСМ (ус.ед)	$0,435 \pm 0,12$	$0,415 \pm 0,18$	$0,375 \pm 0,09$	$0,320 \pm 0,34$	$0,280 \pm 0,018$

Примечание. $P < 0,001$.

Таким образом, проведенное исследование установило закономерные сдвиги в изменении бактериологического и иммунологического статуса больных НЯК. Показано углубление этих изменений в соответствии с усугублением тяжести заболевания. Обнаруженное повышение МСМ однозначно указывает на развитие эндогенной интоксикации, причем уровень МСМ находится в полной корреляции с выраженностью дисбактериоза и увеличением концентрации ИгА.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 30.9.93.

Ա.Ս.Աղաբալյան, Ս.Ս.Աղամալյան, Ա.Հ. Ավագյան, Ա.Ա.Հակոբյան,
Դ.Ի.Էլոյան

**ՄԱՆՐԵԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ ԻՄՈՆՈԳՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒ
ԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԽՈՑԱՑԻՆ ԿՈԼԻՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱՑՈՒՄ**

Աշխատանքում տրված են ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտով հիվանդների մոտ մանրէաբանական և իմունաբանական վիճակների փոփոխությունների ուսումնասիրության տվյալները: Ցույց է տրված, որ տվյալ հիվանդությունը զուգակցվում է արտահայտված դիսբակտերիոզով, A-իմունոգլոբուլինի և միջին զանգվածի մոլեկուլի մակարդակի բարձրացմամբ: Ցույց է տրված հստակ համապատասխանություն դիսբակտերիոզի արտահայտվածության, A-իմունոգլոբուլինի և միջին զանգվածի մոլեկուլի փոփոխությունների միջև:

Մանրէաբանական և իմունաբանական վիճակների դինամիկ հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ կա լրիվ համահարաբերություն անցկացված բուժման և հիվանդի ընդհանուր վիճակի լավացման միջև:

A.S.Aghabalian, S.S.Aghamalian, A.G.Avakian, A.A.Hakopian, D.I.Eloyan

**BACTERIOLOGICAL AND IMMUNOLOGIC PECULIARITIES IN THE
CLINIC OF NONSPECIFIC ULCEROUS COLITIS**

The article represents the study of bacteriological and immunologic status disorders in patients with nonspecific ulcerous colitis. It is shown that this disease is accompanied by expressed dysbacteriosis, considerable rise of immunoglobulin A and middle level molecules.

A definite correlation is found out between the expressiveness of dysbacteriosis, change of immunoglobulin A values and middle level molecules. Dynamic observation of bacteriological and immunologic status of patients during the whole period of observation has revealed a tendency to normalization of the investigated parameters completely correlating with conducted therapy and improving patient's general condition.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вильшанская Ф.Л. Дис.канд. М., 1972.
2. Габриелян Н.И., Дмитриев А.А., Севастьянова О.А. и др. Анестез. и реаним., 1985, 1, 36.
3. Кцоян Л.А., Карганян Г.С., Элоян Д.В. Ж. exper. клин. мед. АН АрмССР, 1988, 2, 174.
4. Петровская В.Г., Марко О.П. Микрофлора человека в норме и патологии. М., 1976.
5. Фремель Г. Иммунологические методы. М., 1987, 472.
6. Bull D.M., Sgnaczak T.F. Gastroenterology, 1973, 64, 43.
7. Week B., Bendixen J. Acta Med. Scand., 1969, 186, 87.