

и в конце госпитализации. Методом иммуноферментного анализа исследовались иммуноглобулины Ig G, Ig M, Ig A в сыворотке крови; молекулы межклеточной адгезии из суперсемейства sICAM-1, sICAM-2, sICAM-3; интерлейкин-6 и TFR- β . Другие стандартные биохимические пробы, а также клинико-лабораторные исследования выполняли с помощью известных методик. Статобработка выполнялась с помощью программы Statistic-6.

Результаты: При ЯК с различной активностью по Rachmilewitz параметры иммунного гуморального статуса коррелировали с нутриционной недостаточностью.

Введение препаратов нутриционного действия в сочетании с корректорами микробиоты позволило достичь более длительной ремиссии ЯК, улучшения качества жизни больного (по SF-26), сокращение койко-дней госпитализации.

Вывод: Оценка нутриционного статуса по параметрам гуморального иммунитета может служить достоверным ориентиром для подбора алиментарной составляющей в схемах лечения больных язвенным колитом.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Низов А. А., д. м. н.; Якубовская А. Г.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

E-mail: yakubgreg@mail.ru

Цель исследования: выявить распространенность и особенности диагностики и ведения больных язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) в Рязанской области, а также установить возможную связь клиники ЯК с наличием полиморфных вариантов генов TNF- α и NOD2/CARD15.

Материал и методы исследования. На основании анализа амбулаторных карт пациентов, находящихся на диспансерном учете по поводу ЯК и БК во всех поликлиниках г. Рязани, а также историй болезни специализированных отделений области за 1996 – 2012 гг. выявлены 288 больных ЯК и 43 — БК. 50 больных ЯК и 31 здоровый человек обследованы на предмет наличия полиморфных вариантов гена TNF- α (— 238G/A и —308G/A) и NOD2/CARD15 (Arg702Trp, Gly908Arg, Leu3020insC) методом ПЦР.

Результаты исследования. Распространенность ЯК равна 29,8, а заболеваемость 1,8 – 2,1 на 100 тысяч взрослого населения. Для БК эти показатели составили соответственно 4,5 и 0,3 – 0,5 на 100 тысяч населения. В основном ЯК и БК болеют горожане (259 чел., 78%). ЯК чуть чаще регистрируется у женщин (167 чел., 58%), а БК — у мужчин (28 чел., 65%). Средний возраст на момент включения в исследование равен для БК $49,3 \pm 2,5$ года и для ЯК — $49,9 \pm 1,0$ года. Четверть больных ЯК (64 чел.)

и БК (11 чел.) имели инвалидность по заболеванию кишечника. Дебют чаще отмечается с 12 до 40 лет (178 пациентов, 54%). Время верификации диагноза составило для ЯК $18,9 \pm 2,5$ мес., а для БК $29,5 \pm 4,2$ мес. ЯК протекал преимущественно с левосторонним поражением (139 чел., 59,4%), при БК преобладало изолированное поражение толстой кишки (25 чел.).

Генетический анализ не выявил различий распределения полиморфных вариантов генов TNF- α и NOD2/CARD15 между группой пациентов с ЯК и контролем. В то же время установлено более раннее развитие ($p = 0,01$) и частые обострения ЯК (в 1,63 раза) у носителей аллеля –308 A гена TNF- α .

Заключение. Исследование показало региональные особенности ЯК и БК, которые заключаются в больших сроках верификации диагноза и редком вовлечении в процесс тонкой кишки при БК, а также высокой инвалидизации больных. Наличие аллеля –308A связано с более тяжелым течением ЯК, что определяет необходимость использования более активных схем терапии.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ КИШЕЧНЫХ АНТИБИОТИКОВ И СОВРЕМЕННЫХ ПРОБИОТИКОВ НА КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

¹ Рустамов М. Н., ² Рустамова Л. М.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

² ГУ «Республиканский научно-практический центр» эпидемиологии и микробиологии, г. Минск, Республика Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

Цель исследования. Изучить микробиоценоз толстого кишечника у больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника, оценить антибактериальной активности селективного кишечного антибиотика рифаксимины и эффективность современных пробиотиков при коррекции кишечного дисбиоза у больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника.

Материал и методы исследования. Обследовано 45 больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника, 28 женщин, 17 мужчин в возрасте 46 – 65 лет с длительностью заболевания свыше 10 лет. Всем пациентам кроме общеклинических исследований проведена фиброколоноскопия с биопсией и ирригоскопия толстого кишечника с двойным контрастированием бариевой взвесью, а также фиброгастроуденоскопия с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии. Видовой и количественный состав микрофлоры толстого кишечника изучали общепринятым методом для выявления аэробных и анаэробных микроорганизмов. В комплекс терапии был

включен селективный кишечный антибактериальный препарат рифаксимин по 2 таблетки 2 раза в день на протяжении семи дней. Далее больные в течение одного месяца принимали пробиотики по одной капсуле в день, каждая капсула которого содержит 3,025 миллиарда живых лиофилизированных бактерий *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и бактерий *Bifidobacterium bifidum*, стойких к антибиотикам.

Результаты исследования. Микробиологические исследования фекалий выявили дисбиоз толстого кишечника у всех обследованных, который выражался в повышении уровня условно патогенной микрофлоры в 82% случаев, а также снижение уровня облигатной группы бактерий в 94% случаев. В результате лечения на 6–7-й день применения антибиотика у 80% случаев нормализовался стул. Остальные симптомы болезни уменьшались с 3–4-го дня лечения и к концу курса лечения исчезли у всех обследованных. Повторный микробиологический анализ фекалий на дисбиоз показал снижение уровня условно патогенной микрофлоры в 90% случаев до допустимых пределов и повышение уровня облигатной группы бактерий до нормальных величин у 87% пациентов.

Выводы. У всех обследованных больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника выявлено дисбиоз кишечника различной степени выраженности. Селективный кишечный антибиотик рифаксимин обладает высокой антибактериальной активностью в отношении условно патогенной микрофлоры кишечника и может быть использован при лечении таких больных. Современные пробиотики содержащие *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и бактерий *Bifidobacterium bifidum*, могут быть рекомендованы при лечении больных дивертикулярной болезнью толстого кишечника, с целью повышения количества облигатной группы бактерий и снижения уровня условно патогенной микрофлоры, учитывая их антагонистический принцип действия.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

¹ Рустамов М. Н., ² Рустамова Л. М.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

² ГУ «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии», г. Минск, Республика Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

Цель исследования. Оценить диагностические и прогностические значения изучения состояния кишечного микробиоценоза больных с различными патологиями толстого кишечника.

Материал и методы исследования. Обследовано 206 больных, в т. ч. 149 — с синдромом раздраженного кишечника, 45 — дивертикулярной болезнью толстого кишечника, 12 — язвенным колитом; 122 женщины, 84 мужчин в возрасте 29–65 лет с длительностью заболевания свыше 5 лет. Из 149 больных с синдромом раздраженного кишечника у 49 пациентов преобладала констипация, у 58 — диарея, у 42 — болевой синдром и метеоризм. Всем пациентам кроме общеклинических исследований проведена фиброколоноскопия с биопсией, ирригоскопия толстого кишечника с двойным контрастированием бариевой взвесью, а также фиброгастроуденоскопия с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии. Видовой и количественный состав микрофлоры толстого кишечника изучали общепринятым методом для выявления аэробных и анаэробных микроорганизмов.

Результаты исследования. У всех больных с синдромом раздраженного кишечника выявили компенсированный дисбиоз кишечника. Снижение числа облигатной группы бактерий наблюдали у 68, 79 и 71% больных выше обозначенных групп с синдромом раздраженного кишечника. Повышение уровня условно патогенной микрофлоры кишечника выявили у 73, 67 и 63% соответственно.

Микробиологическое исследование фекалий выявило у всех больных дивертикулярной болезнью толстого кишечника субкомпенсированный дисбиоз кишечника, который выражался в повышении уровня условно патогенной микрофлоры в 82% случаев, а также снижение уровня облигатной группы бактерий в 94% случаев.

У больных язвенным колитом в 100% случаев выявлена декомпенсированная форма кишечного дисмикробиоценоза.

Выводы. Полученные результаты подтверждают, что степень выраженности патологического процесса в толстом кишечнике находится в прямой зависимости от выраженности дисбиотических изменений. Поскольку дисбиоз кишечника является триггером развития воспалительных процессов при аллергических и аутоиммунных заболеваниях толстого кишечника, изучение микробиоценоза толстого кишечника с применением микробиологических методов исследования расширяет возможности оптимизации диагностики, возможного прогнозирования, оценки эффективности проведенного лечения и профилактики пробиотиками при этих заболеваниях.