

МИКРОЭКОЛОГИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

И.Г.Закиров

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д.К.Баширова) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Благодаря участию в обменных процессах и неспецифической иммунологической резистентности микрофлора кишечника играет важную роль в организме человека [1]. Нормальный микробиоз кишечника, хотя и является относительно стабильной системой, подвержен изменениям при различных заболеваниях, особенно под воздействием лекарственных препаратов, продуктов питания и экологически неблаго-приятных факторов внешней среды [2]. Имеются сообщения о частой регистрации дисбиоза кишечника при острых вирусных гепатитах [4] и об улучшении микрофлоры кишечника у больных под влиянием этиотропной терапии [3], что дает основание предположить участие этиологического фактора гепатитов в возникновении дисбактериоза кишечника.

Целью настоящего исследования являлось выяснение особенностей изменений микробной флоры толстого кишечника у больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ).

Для достижения данной цели нами было проведено бактериологическое исследование кала у 73 больных ХВГ, в том числе у 48 хроническим гепатитом С (ХГС) и у 25 хроническим гепатитом В (ХГВ). Микробиологическое обследование кала больные проходили в Казанском городском диагностическом центре (ГЦД) по лабораторной диагностике инфекционных заболеваний. Показатель микробной обсемененности выделенных микроорганизмов выражали в lg числа КОЕ/г. Изменения микрофлоры кишечника оценивали путем сравнения с рекомендованными показателями нормофлоры, которые в целом совпадают с результатами обследования здоровых лиц по изучаемому административно-территориальному региону.

У 40% больных печень выступала из-под края реберной дуги на 2 см и более. УЗИ гепатопанкреатной зоны показало в 93,3% случаев гепатомегалию различной

выраженности с признаками хронического гепатита и хронического холецистита (см. табл.).

Функциональные пробы печени характеризовали умеренное повышение в крови уровня общего билирубина (34,8 7,4 мкмоль/л), тимоловой пробы (27%), нормальный протромбиновый индекс (83,6 2,1%), невыраженное по-

Клиника ХВГ у наблюдавшихся больных

Симптомы и синдромы	Частота, %
Абдоминальный синдром	70
Астеновегетативный синдром	60
Геморрагический синдром	3
Желтушный синдром	30
Пальмарная эритема	13
Телеангиоэктазии	40
Гепатомегалия	86
Боль в области печени	37

вышение активности аланинаминотрансферазы (59,7 6,4 к.ед., с разведенной в 10 раз сывороткой - 197,6 67,3 к.ед). При нормальных показателях общего белка (7,32 0,2 г%), альбумина сыворотки крови (53,7 1,8%) уровень гамма-глобулина (21,9 1,1%) приближался к верхней границе нормы.

Контрольную группу составили больные с дисбактериозом кишечника, наблюдавшиеся в течение 1996—1999 гг. для обследования в ГЦД по лабораторной диагностике инфекционных заболеваний. У больных из контрольной группы кроме дисбиоза кишечника были различные основные и сопутствующие заболевания в соотношении, которое сложилось в общей популяции больных с дисбактериозами кишечника в нашем регионе. В результате контрольная группа отражает общие закономерности изменений микрофлоры кишечника, характерные для общегородской популяции больных дисбактериозом кишечника.

С учетом значительного количества числа обследовавшихся лиц на дисбактериоз нами методом случайной выборки были отобраны результаты исследования

каждого пятого больного. В итоге в контрольной группе оказались 372 человека. Возраст больных ХВГ и контрольной группы колебался от 17 до 56 лет.

Степень нарушения нормальной микрофлоры кишечника оценивали по четырехстадийной классификации: I стадия - снижение количества или элиминация бифидумбактерий и (или) лактобактерий; II - значительное увеличение и в последующем преобладание колибактериальной флоры или ее резкое снижение, атипичные и ферментонеполющенные *E.coli*; III - высокие титры ассоциации условно-патогенных бактерий (УПБ); IV - преобладание бактерий рода протей или синегнойных палочек в высоких титрах.

Состояние дисбиоза кишечника установлено у 94,6% больных ХГС и у 87,5% больных ХГВ. Изменение микрофлоры кишечника в 30% случаев сопровождалось дисфункциями кишечника в виде диареи или задержки стула.

Выраженность дисбиоза кишечника при ХВГ отличалась от таковых в контрольной группе. У больных ХВГ по сравнению с контрольной группой преобладали более тяжелые проявления дисбиоза кишечника: III и IV стадии дисбиоза выявлены у 69,7% больных ХВГ, в контрольной группе - у 40,9%. Среди больных ХВГ (рис. 1) данная тенденция была более выражена при ХГС (80,0%), чем при ХГВ (55,0%). У больных ХВГ развивался дефицит нормальной микрофлоры кишечника. Содержание бифидумбактерий в значительной мере страдало при ХГС (36%), в отличие от ХВГ (23,8%) и больных контрольной группы (20,7%).

Дефицит лактобактерий обнаруживался в основном у больных ХВГ как при HCV, так и при HBV этиологии (соответственно у 25,5% и у 23,8%), в отличие от контрольной группы (у 5,1%). Уменьшение количества энтерококков у больных ХГС (34%) и ХГВ (33%) наблюдалось в 2 раза реже, чем в общей популяции больных дисбиозом кишечника (67,2%).

Уровень лактозопозитивной кишечной палочки снижался в общей популяции больных дисбиозом кишечника в 37,9% случаев. Более значимое снижение этого показателя наблюдалось только при ХГС (53,2%) в отличие от ХГВ (38%).

Количество молочно-кислого стрептококка в толстом кишечнике больных дисбиозом кишечника является более ста-

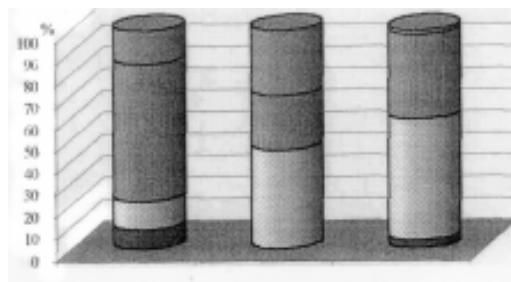


Рис. 1. Структура стадий дисбиоза кишечника при ХВГ.

бильным: частота его дефицита составила всего 1,9%. При ХГВ его уровень снижался в 11% случаев, а при ХГС — в 21,6%.

Таким образом, у больных ХВГ, в отличие от общей популяции больных дисбиозом кишечника, более часто формируется дефицит большинства видов нормальной микрофлоры кишечника. Дефицит по 3 из 5 видов нормальной микрофлоры кишечника при ХГС регистрировался в 1,4—2 раза чаще, чем при ХГВ.

Дисбаланс микрофлоры кишечника проявлялся не только дефицитом некоторых его видов, но и избытком. Избыток некоторых компонентов нормальной микрофлоры кишечника нехарактерен для общей популяции больных дисбактериозом. В то же время при ХВГ отмечено более значимое увеличение частоты избытка по 5 из 6 видов микрофлоры кишечника. При ХГС избыток лактобактерий регистрировался в 6 раз чаще, чем в контрольной группе больных, молочно-кислого стрептококка - в 8,4 раза, энтерококков - в 9,7 раза, лактозопозитивных эшерихий - в 25 раз, лактозодефективных эшерихий - в 4,7 раза. При ХГВ, в отличие от ХГС, было нормальное количество лактозопозитивных эшерихий. Дисбиоз кишечника при ХГС и ХГВ, как и в контрольной группе, не сопровождался увеличением количества лактозонегативных эшерихий (соответственно 0%, 0% и 0,3%). Повышенное содержание УПБ в кишечнике в общей популяции больных дисбиозом кишечника отмечалось в 40,6% случаях. При ХВГ дисбиоз кишечника, ассоциированный с УПБ, регистрировался в 73% и 70% случаев (соответственно при ХГС и ХГВ). Среди общей популяции больных дисбактериозом кишечника частота повышенных уровней УПБ в

зависимости от вида колебалась от 1,1 до 21,5% (рис. 2), тогда как при ХВГ - от 8,9 до 44,4%. Спектр частоты ассоциации различных УПБ при ХГС и ХГВ имел существенные различия. Повышенное содержание протей в 4,3 раза чаще встречалось при ХГВ, чем при ХГС, клостридий - в 2,7 раза, других УПБ - в 1,7 раза, в то же время при ХГС в 2,4 раза чаще, чем при ХГВ, определялось повышенное количество дрожжеподобных грибов.

У некоторых больных имела место одновременная регистрация двух, трех и более видов УПБ (рис. 3). При ХВГ чаще, чем в общей популяции больных дисбиозом кишечника, одновременно выявлялись два и более видов УПБ. Множественная ассоциация с УПБ микрофлоры кишечника наблюдалась в 2,4 раза чаще при ХГС, чем при ХГВ.

Следовательно, дисбиоз кишечника при ХГС, в отличие от ХГВ, характеризуется преобладанием III и IV стадий выраженности, высокой частотой дефицита лактозопозитивных эшерихий, бифидумбактерий, молочно-кислого стрептококка, ассоциации дрожжеподобными грибами, а также повышенной частотой избытка лактозопозитивных эшерихий.

Частота дисбаланса нормальной микрофлоры кишечника и частота ассоциации с УПБ зависели от продолжительности течения ХВГ: более выраженные сдвиги наблюдались у больных с продолжительностью болезни свыше 5 лет.

На процесс формирования дисбиоза кишечника может оказывать влияние широкий спектр факторов - нарушение не только секреции желчи, но и желудочного, кишечного сока, изменения иммунной системы и др. Однако обнаруженные нами отличительные особенности микрофлоры кишечника у больных ХГВ и ХГС дают основание предположить возможную этиологическую роль ХВГ в развитии у них дисбиоза кишечника.

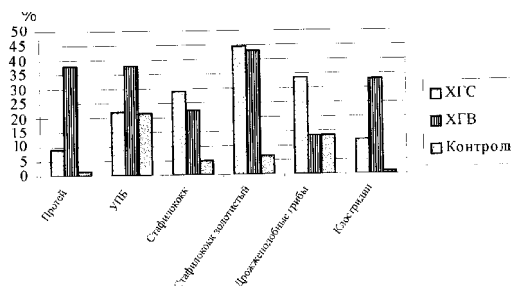


Рис. 2. Частота выявления условно-патогенной микрофлоры в кишечнике при ХВГ.

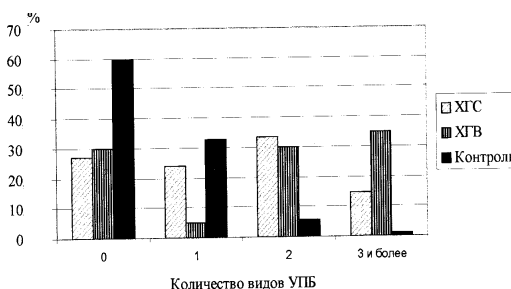


Рис. 3. Частота одновременной ассоциации нескольких видов УПБ при ХВГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.А., Абрамов Н.А. и др. //Вестн. РАМН.—1997.— № 3.— С. 4—7.
2. Воробьев А.А., Иноземцева Л.О. и др. //Вестн. РАМН.—1995.—№ 5.— С. 56—64.
3. Ефимова Т.С., Касимова Н.Б. и др. Гепатит В, С и Д - проблемы диагностики, лечения и профилактики.— М., 1999. - С. 70—71.
4. Ткачева С.В., Фазылов В.Х. и др. Гепатит В, С и Д - проблемы диагностики, лечения и профилактики.— М., 1999. - С. 225—226.

Поступила 06.02.01.

MICROECOLOGY OF LARGE BOWEL IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

I.G. Zakirov

S u m m a r y

The peculiarities of changes of the stool microbic flora in patients with chronic viral hepatitis are studied. The possible etiologic role of chronic viral hepatitis in the development of intestine dysbiosis is suggested.