

Достоверное ($P < 0,05$) увеличение интегрального показателя комплаенса больных, находящихся на лечении у семейного врача, произошло за счет следующих его факторов: медико-социальной адаптированности (возможность выполнять все назначения лечащего врача: поход в поликлинику, посещение специалистов, соблюдение режима, диеты и т. п.); медико-социальной информированности (наличие информации о всех назначенных им лекарственных средствах: показания, противопоказания, побочные действия и т.п.); медико-социальной коммуникабельности (хороший контакт с врачом: желание откровенно поговорить с доктором, возможность врача выслушать больного, дать немедицинский совет); доверия к терапевтической стратегии лечащего врача и результативности проводимой или ранее проведенной терапии.

При сравнении остальных факторов, влияющих на приверженность к лечению, достоверной разницы в полученных результатах выявлено не было.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что качество работы врача общей практики (семейного врача) выше, чем участкового врача-терапевта.

За последние годы в отношениях врача и пациента многое изменилось, они стали более доверительными. Этому в немалой степени способствует открытие в нашем городе офисов врачей общей практики. Профилактическое образование населения для семейного врача не пустой звук. По существу он становится доктором, знающим слабое звено здоровья каждого члена семьи. Поэтому его советам доверяют, к ним прислушиваются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галявич А.С., Давыдов С.В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Казанский медицинский журнал. – 2001. – Т. 82, № 3. – С. 198-202.

УДК: 616.345:616.33-002.44

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С. В. Волк

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра пропедевтики внутренних болезней

Резюме

Состояние микробиоценоза толстой кишки существенно влияет на все стороны жизнедеятельности организма человека. Дисбиоз толстой кишки не зависит от локализации язвенного дефекта, является составной частью клинического течения острой фазы язвенной болезни и характеризуется преимущественно 2-й и 3-й степенью нарушения толстокишечной микрофлоры.

Ключевые слова: язвенная болезнь, толстая кишка, кишечный микробиоценоз, дисбиоз толстой кишки.

THE FEATURES OF THE LARGE INTESTINE MICROBIOCOENOSIS IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER DISEASE

S. V. Volk

Summary

Large intestine microbiocoenosis status considerably affects all aspects of human organism vital functions. Large intestine dysbiosis doesn't depend on ulcerative defect localization, it is a component of clinical course of peptic ulcer disease acute phase and characterized mainly by large intestine microflora disturbances of II and III degree.

Keywords: peptic ulcer disease, large intestine, intestinal microbiocoenosis, large intestine dysbiosis

Кишечный микробиоценоз оказывает существенное влияние на все стороны жизнедеятельности организма человека: детоксикация эндогенных и экзогенных метаболитов; обеспечение колонизационной резистентности (защита от патогенных микроорганизмов); продукция биологически активных соединений (витаминов, гормонов, летучих жирных кислот); участие в печеночно-кишечной рециркуляции желчных кислот, в метаболизме углеводов, белков, липидов, холестерина и других соединений.

Изменения состояния кишечного микробиоценоза могут возникать при воздействии на организм человека достаточно широкого круга факторов: стрессовых ситуаций; заболеваний внутренних органов, прежде всего органов желудочно-кишечного тракта; погрешности в питании; острых инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта; снижения иммунного статуса различного генеза; ионизирующего излучения.

Термин «дисбактериоз» был введен А. Nissle в 1916 году для обозначения любых изменений в микрофлоре, наступающих под влиянием различных факторов. В настоящее время этот термин означает, с одной стороны, количественные или

качественные изменения нормальной микрофлоры, нарушение ее антагонистических функций и других биологических свойств, с другой стороны – размножение различных условно-патогенных энтеробактерий, которые при нормальном биоценозе отсутствуют или составляют незначительную часть общей микрофлоры.

В понятие дисбактериоза включены нарушения микробиоценозов различных биотопов человеческого организма, выражающиеся в изменении инфраструктурного соотношения анаэробы/аэробы, в популяционных изменениях численности и состава микробных видов биотопов, в том числе появлении нехарактерных для данного биотопа видов, в изменении их метаболической активности, являющиеся причиной и механизмом развития многих патологических состояний. На сегодняшний день можно считать доказанным, что кишечный микробиоценоз оказывает существенное, а в ряде случаев и решающее влияние на все стороны жизнедеятельности организма человека.

В толстой кишке у здорового человека количество микроорганизмов составляет 10^{11} – 10^{12} КОЕ/г фекалий.

Преобладают анаэробные виды бактерий (90–95% всего состава): бифидобактерии, бактероиды, лактобактерии, вейлонеллы, пептострептококки, клостридии. Около 5–10% микрофлоры толстой кишки представлено аэробами: кишечной палочкой, лактозонегативными энтеробактериями (протей, энтеробактер, цитробактер, серрации и др.), энтерококками, фекальные стрептококки, стафилококками, дрожжеподобными грибами.

При бактериологическом исследовании кала, следует отметить, что до сдачи кала на дисбиоз больной не должен принимать антибактериальные препараты и в течение 3 мес. биопрепараты. Материал засевают на среды, применяемые для выделения бактерий семейства кишечных (Плоскирева, Левина, Эндо, жидкие среды обогащения – селенитовый бульон, магниевую, Мюллера), а также дополнительно на 5% кровяной агар для обнаружения гемолизирующей микрофлоры, на среду Сабуро – для выявления дрожжевых грибов, в среду Рассела для выявления протей. С целью исследования анаэробной бифидофлоры делали посев на среду Блаурокка. На средах Эндо и Левина определяли процентное соотношение колоний микробов лактозонегативных, лактозопозитивных, колоний микробов со слабыми ферментативными свойствами. На 5% кровяном агаре учитывали процентное соотношение между колониями бактерий, обладающих и не обладающих гемолизирующими свойствами, а затем проводили микроскопию мазков, окрашенных по Граму.

Микробиологическими критериями дисбиоза кишечника являются:

- нарастание количества условнопатогенных микроорганизмов одного или нескольких видов в кишечнике при нормальном количестве бифидобактерий;
- нарастание одного или нескольких видов условнопатогенных микроорганизмов при умеренном снижении концентрации бифидобактерий (на 1–2 порядка);
- снижение содержания облигатных представителей микробиоценоза (бифидобактерий и/или лактобацилл) без регистрируемого увеличения количества сапрофитной или условнопатогенной микрофлоры кишечника;

- умеренное или значительное ($<10^7$) снижение содержания бифидобактерий, сочетающееся с выраженными изменениями в аэробной микрофлоре – редукцией лактобацилл, появлением измененных форм кишечной палочки, обнаружением одного или нескольких представителей условнопатогенных микроорганизмов в высоких титрах (до $10^7 - 10^8$ КОЕ/г).

В настоящее время с микробиологических позиций выделяют три степени дисбиоза.

- 1-я степень: уменьшение количественного содержания бифидобактерий и/или лактобактерий, снижение или повышение эшерихий на 1–2 порядка логарифма.
- 2-я степень: снижение количественного содержания бифидобактерий и/или лактобактерий, повышение содержания гемолитических эшерихий или других условнопатогенных микробов до концентрации $10^5 - 10^7$ КОЕ/г или обнаружении ассоциаций условнопатогенных микроорганизмов в концентрации – $10^4 - 10^5$ КОЕ/г.
- 3-я степень: обильный рост ассоциаций микробов в концентрации $10^5 - 10^7$ КОЕ/г и выше.

Материалы и методы

Нами проанализировано состояние микробиоценоза толстой кишки у 20 впервые выявленных больных язвенной болезнью в активную фазу заболевания в возрасте до 25 лет. Контролем служили результаты бактериологического исследования кала у здоровых студентов СГМА (10 человек) аналогичного возраста (средний возраст – 22,7 лет).

Результаты

У 8 человек (80%) контрольной группы бактериологические показатели микрофлоры толстой кишки были в пределах нормы и лишь у 2 (20%) обследуемых выявлялись нарушения микробиоценоза 1-й степени, который в одном случае проявлялся увеличением количества кишечной палочки со сниженной ферментной активностью, а в другом – выявлением *Enterobacter cloacae*. У пациентов аналогичного возраста, страдающих язвенной болезнью, показатели нормы установлены только у 15%, а нарушения микробиоценоза толстой кишки выявлены у 85% (1-я степень – 20%, 2-я степень – 60%, 3-я степень – 5%) больных (рис. 1).

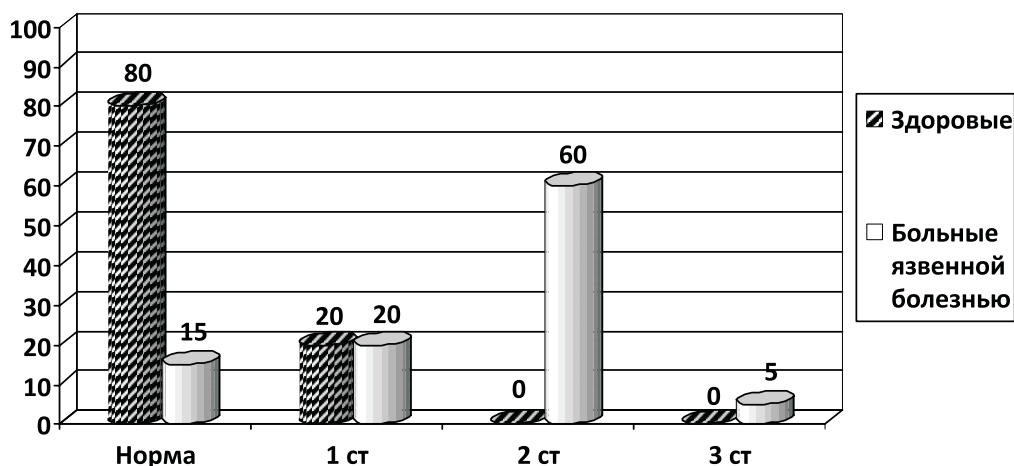


Рис. 1. Состояние микрофлоры толстой кишки у впервые выявленных больных язвенной болезнью молодого возраста

На основании полученных данных можно заключить, что у впервые выявленных больных язвенной болезнью в активную фазу заболевания микробиологическое состояние толстой кишки характеризуется нарушением микробиоценоза 1-й и 2-й степеней.

При анализе данных бактериологического исследования кала у больных язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке только лишь у 1 (4,17%) из 24 пациентов бактериологические показатели микрофлоры толстой кишки были пред-

ставлены бифидобактериями в количестве 10^{10} КОЕ/г, что соответствует норме (рис. 2). Являясь наиболее значимыми представителями облигатной микрофлоры, они относятся к анаэробам, не образуют спор и морфологически представляют собой крупные грамположительные палочки ровной или слегка изогнутой формы.

Нарушение микробиоценоза толстой кишки у больных в активной фазе с желудочной локализацией язвы в виде дисбиоза 1-й степени установлено у 4 (16,67%) пациентов (рис. 2).

Об этом свидетельствовало снижение на 1–2 порядка количества защитной микрофлоры – бифидобактерий, лактобацилл, а также полноценных кишечных палочек – до 80% от их общего количества. Как правило, 1-я степень дисбиоза не вызывает дисфункций кишечника и возникает как реакция организма на воздействие неблагоприятных факторов. В этот период выявляется вегетирование в кишечнике незначительного количества отдельных представителей условно-патогенной флоры.

Дисбиоз 2-й степени выявлен у 13 (54,17%) больных в активную фазу язвенной болезни с локализацией язвы в желудке (рис. 2). Он характеризовался выраженным дефицитом бифидобактерий на фоне нормального или сниженного количества лактобактерий или сниженной их кислотообразующей активности, дисбалансом в количестве и качестве

кишечных палочек, среди которых нарастает доля лактозонегативных или цитрат-ассимилирующих вариантов. При этом на фоне дефицита защитных компонентов кишечного микробиоценоза происходит размножение либо плазмокоагулирующих стафилококков, либо протеев, либо грибов рода *Candida*.

Дисбиотические нарушения 3-й степени были отмечены у 6 (25%) больных с желудочной локализацией язвы (рис. 2). Они характеризовались отчетливым нарастанием содержания агрессивных микроорганизмов, на что указывало увеличение количества золотистого стафилококка, протей и гемолитического энтерококка, а также замещение полноценных эшерихий бактериями родов *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citobacter* и др.

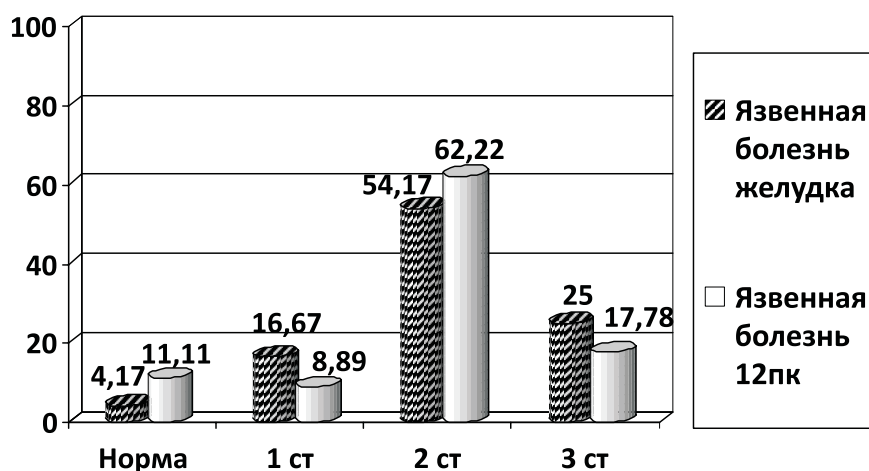


Рис. 2. Состояние микрофлоры толстой кишки у больных язвенной болезнью в активную фазу заболевания

Анализ результатов бактериологического исследования кала в активную фазу язвенной болезни у пациентов с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки показал, что нарушение микробиоценоза толстой кишки выявлено в 88,89% случаев. Дисбиоз 1-й степени выявлен у 4 (8,89%) пациентов, 2-й степени – у 28 (62,22%) больных и 3-й степени – у 8 (17,78%) человек. У остальных 5 (11,11%) пациентов бактериологические показатели микрофлоры толстой кишки были в пределах нормы.

Как следует из проведенных нами исследований, нарушение микробиологического пейзажа толстой кишки прак-

тически не зависит от локализации язвенного дефекта, что свидетельствует об однотипном и закономерном вовлечении толстой кишки в патологический процесс.

Анализируя результаты бактериологического исследования кала у больных язвенной болезнью в активную фазу, установлено, что только в 7,64% случаев бактериологические показатели микрофлоры толстой кишки были в пределах нормы. Нарушение микробиоценоза толстой кишки в виде дисбиоза 1-й степени выявлено в 12,75%, 2-й степени – в 58,22% и 3-й степени – в 21,39% случаев.

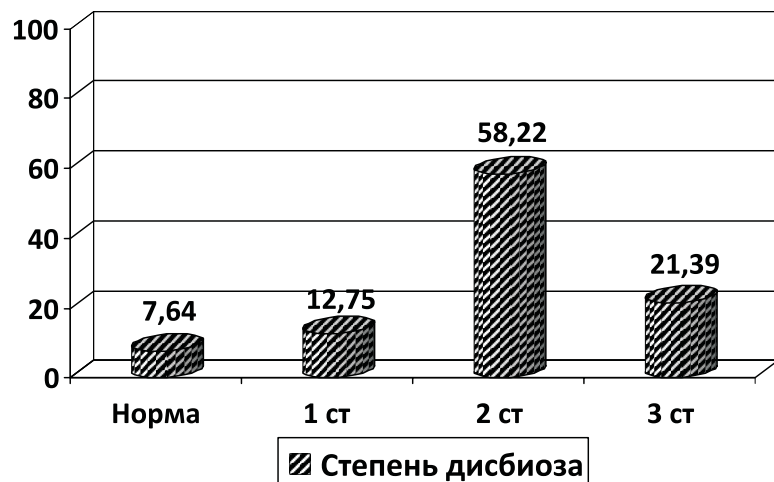


Рис. 3. Состояние микрофлоры толстой кишки у больных язвенной болезнью в острый период заболевания (сводные данные)

Выводы

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что дисбиоз толстой кишки не зависит от формы язвенной болезни, является составной частью клинического

течения острой фазы и характеризуется преимущественно 2-й и 3-й степенью нарушения толстокишечной микрофлоры. Нормальный состав микрофлоры толстой кишки отмечен лишь у 7,64% пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриневиц В.Б., Захарченко М.М. Современные представления о значении кишечного микробиоценоза человека и способы коррекции его нарушений // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2003. – № 3. – С. 13–20.
2. Гриневиц В.Б., Захарченко М.М. Проблема дисбиоза кишечника в общетерапевтической практике // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 5. – С. 135.
3. Конев Ю.В. Дисбиозы и их коррекция. // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 432–437.
4. Панченко Г.Ю., Гриднев А.Е., Клименко Н.И. и др. Микробиоценоз кишечника у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т.13, № 5. – С. 41.
5. Парфенов А.И. Кишечный дисбактериоз. // Лечащий врач. – 2001. – № 5–6. – С. 20–25.
6. Чернин В.В., Червинец В.М., Бондаренко В.М. и др. Язвенная болезнь, хронический гастрит и эзофагит в аспекте дисбактериоза эзофагогастродуоденальной зоны. – Тверь, 2004. – 198 с.

УДК 616.344-002-031.84

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И БОЛЕЗНЬ КРОНА – ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА

Г. А. Григорьева

Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Резюме

На современном этапе воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона) сопровождаются увеличением числа хронических осложненных форм и внекишечных проявлений, новые направления лечения включают ГБО и антитела к фактору некроза опухолей.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, внекишечные проявления, кишечные осложнения, гипербарическая оксигенация, ингибиторы ФНО.

ULCERATIVE COLITIS AND KROHN'S DISEASE – XXI CENTURY PROBLEM

G. A. Grigoryeva

Summary: at the current stage inflammatory bowel diseases (ulcerative colitis and Krohn's disease) are accompanied with an enlargement of chronic complicated forms and extrabowel manifestation, new trends of treatment include hyperbaric oxygenation and tumornecrotic factor antibodies application.

Keywords: inflammatory bowel diseases, Krohn's disease, ulcerative colitis, extrabowel manifestation, bowel complications, hyperbaric oxygenation, tumornecrotic factor inhibitors.

Актуальность проблемы неспецифического язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК), объединяемых сегодня общим термином «воспалительные заболевания кишечника», обусловлена продолжающимся ростом частоты и распространенности этой патологии, прогрессирующим течением и тяжестью осложнений, приводящих к инвалидности и смерти. Развитие ЯК и БК в основном в молодом возрасте (15–25 лет) делает эту проблему не только медицинской, но и социальной.

Несмотря на то, что ЯК, как нозологическая форма, известен со второй половины XIX века, когда он был выделен из группы инфекционных колитов, этиология его остается неизвестной. Неизвестна причина и второго воспалительного заболевания, описанного впервые в 1932 г. В. Crohn, L. Ginzburg, G. Oppenheimer в их совместной статье как «regional ileitis», и получившего впоследствии название «болезнь Крона». Б. Крон прожил долгую жизнь и успел узнать, что описанный им с соавторами воспалительный процесс не ограничивается терминальным отделом подвздошной кишки, но может распространяться за илеоцекальный сфинктер на толстую кишку, а также поражать различные отделы ЖКТ. Наименее изученной оказалась БК с локализацией процесса в проксимальных отделах.

Мы занимаемся проблемой ЯК и БК с 1980 г.

Цель исследования: представить результаты научных исследований по проблеме ЯК и БК, полученные нами в пер-

вое десятилетие XXI века. Работа проводилась в нескольких направлениях

Результаты 2001–2010

Первое направление. Недостаточная изученность БК проксимальной локализации, поздняя диагностика этих форм заболевания (4,6 ± 0,8 лет) диктовали необходимость определения состояния верхних отделов ЖКТ у пациентов с типичной (кишечной) формой. Такое исследование было проведено и закончено в 2002 г. В группе, состоящей из 131 пациента с типичной (кишечной) формой БК, вовлечение в процесс верхних отделов ЖКТ имело место в 11,5% случаев.

Было показано, что поздняя диагностика БК проксимальной локализации (пищевод, желудок, 12-перстная кишка) обусловлена характерными особенностями этих форм заболевания: малосимптомностью клинических проявлений, неспецифичностью ранних эндоскопических и рентгенологических признаков.

Выявлена прямая тесная корреляционная зависимость выраженности антрального гастрита и дуоденита от активности БК.

Определены морфологические особенности изменений верхних отделов ЖКТ при БК: отсутствие хеликобактерной инфекции (96,7%), преимущественное поражение антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (96,7%), очагово-распространенный характер воспалитель-