

УДК 547.295.72:547.264

© Л.К. Знаменская, 2014.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЕЙ

Л.К. Знаменская*Кафедра внутренней медицины № 2 (зав. кафедрой - проф. В.А. Белоглазов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

STATE OF MICROBIOCENOSIS OF INTESTINE AT PATIENTS WITH CHRONIC RECURRENT URTICARIA

L.K. Znameska

SUMMARY

53 patients with chronic recurrent urticaria have been examined at the periods of exacerbation. Fecal flora was investigated bacteriologically. 98.1% of patients had disorders in the flora balance. The specificity of microbiological disorders in patients has been analyzed as function of the disease severity.

СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ У ПАЦІЄНТІВ РЕЦИДИВУЮЧОЮ КРОПИВ'ЯНКОЮ

Л.К. Знаменська

РЕЗЮМЕ

Обстежено 53 пацієнта з хронічною рецидивуючою кропив'янкою в період загострення. При бактеріологічному дослідженні фекалій дисбактеріоз кишечника був виявлений у 98,1% хворих. В роботі дана характеристика виявлених дисбіотичних змін. Виявлена висока частота висівомості грибів роду *Candida*, які були знайдені у 73,6% обстежених. Найчастіше зареєстровано зниження кількості біфідобактерій, тенденція до зниження лактобацил, зростання кількості умовно-патогенних бактерій.

Ключевые слова: хроническая крапивница, микробиоценоз кишечника.

Распространенность хронической крапивницы в Европе и США составляет от 0,1 до 3% популяции. Почти 40% пациентов, жалующихся на уртикарные высыпания в течение 6 месяцев, последующие 10 лет отмечают рецидивы симптомов крапивницы [1]. Крапивница оказывает отрицательное влияние на качество жизни пациента. Интенсивный зуд, косметические проблемы приводят к бессоннице, раздражительности, депрессии, нарушению социальной активности. В.Ф. Доннелл с соавторами (1977) пришли к выводу, что общее негативное влияние хронической крапивницы на качество жизни пациента вполне сопоставимо с таковым при ишемической болезни сердца.

Большинство случаев хронической рецидивирующей крапивницы не связаны с каким-либо аллергеном. Единая концепция патогенеза, объединяющей все формы крапивницы отсутствует. Широкий спектр патогенетических механизмов развития крапивницы часто не дает возможности выделить те, которые имеют доминирующее влияние на клинические проявления заболевания. Роль многих факторов, которые возможно участвуют, в развитии этого дерматоза в настоящее время не выяснена. Исследования, направленные на изучение отдельных звеньев патогенеза крапивницы с целью дальнейшей

разработки адекватной терапии являются актуальными. В литературе широко обсуждаются вопросы влияния микрофлоры кишечника на течение и развитие самых различных заболеваний. Возможными клиническими последствиями дисбактериоза являются: нарушения пищеварения, патология пищеварительного тракта, аллергические дерматозы, вторичные иммунодефицитные состояния, утяжеление течения иммунозависимой патологии. Доказана роль дисбактериоза кишечника в развитии пищевой аллергии, атопического дерматита. [2]. Известно, что при дисбактериозе увеличивается концентрация гистамина в результате усиления его образования из гистидина кишечной микрофлорой с декарбоксилирующей активностью [3]. Гистамин бактериального происхождения поступает в кровяное русло и участвует с эндогенным гистамином в патологических процессах.

Цель исследования изучить состояние микробиоценоза кишечника у больных с хронической рецидивирующей крапивницей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 53 пациента с хронической рецидивирующей крапивницей в период обострения, в возрасте от 24 года до 62 лет. Длительность заболевания составляла от 8 мес. до 5 лет.

Все пациенты получали в течение длительного времени, повторными курсами неседативные блокаторы H1 гистаминовых рецепторов без существенного эффекта.

При обследовании у всех пациентов были выявлены заболевания пищеварительной системы:

- Хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* – 12 пациентов (22,6%)
- Язвенная болезнь двенадцатиперстной – 4 пациента (7,5%)
- Билиарная дисфункция – 43 пациента (81,1%)
- ЖКБ – 2 пациента (3,8 %)
- Синдром раздраженного кишечника – 49 пациентов (92,5%)
- Эозинофильный колит – 3 пациента (51,6%)
- Неалкогольный стеатоз печени – 11 пациентов (20,8%)

Всем пациентам было проведено микробиологическое исследование кала. Бактериологическое исследование копрокультур включало определение наличия и количества следующей микрофлоры:

- патогенные энтеробактерии;
- кишечная палочка с нормальной ферментативной активностью;
- кишечная палочка лактозонегативная;

- кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью;
- кишечная палочка с гемолитическими свойствами;

- стафилококк эпидермальный;
- стафилококк патогенный;
- грибы рода *Candida*;
- условно-патогенные микроорганизмы;
- лактобациллы;
- бифидобактерии;
- энтерококки;
- микроорганизмы рода *Proteus*.

Степень дисбактериоза кишечника оценивали путем посева серийных разведений фекалий согласно методическим рекомендациям 2001 г [4], с использованием плотных и жидких питательных сред: желточно-солевой агар, среды Эндо, Плоскирева, Сабуро, Симонса, Олькеницкого, Вильсона, Блаурокка.

Полученные данные сопоставляли с показателями нормы.

Степень дисбиотических нарушений оценивалась согласно унифицированной рабочей классификация дисбактериоза кишечника Куваевой-Ладодо (1991, табл 1) [5].

Таблица 1

Классификация дисбактериоза кишечника по Куваевой-Ладодо

Степень дисбактериоза	Показатели
Первая степень (латентная фаза)	Снижение на 1-2 порядка концентрации бифидобактерий и лактобацилл, снижение полноценных кишечных палочек до 80%
Вторая степень (пусковая фаза)	Концентрация бифидобактерий ниже 10^7 КОЕ/г; снижение количества или биохимической активности лактобацилл, в том числе кислотообразующая функция, увеличение концентрации лактозонегативных или цитрат-ассимилирующих вариантов <i>E.coli</i> , появление в фекалиях отдельных видов условно-патогенной флоры (<i>St.aureus</i> -около 10^5 КОЕ/г, <i>Candida albicans</i> -около 10^4 КОЕ/г, <i>P.vulgaris</i> или <i>P.mirabilis</i> -около 10^5 КОЕ/г)
Третья степень (фаза агрессии аэробной микрофлоры)	Дальнейшее снижение количества бифидобактерий и лактобацилл, а также их защитных свойств. Активный прирост аэробного компонента биоценоза, с превалированием вариантов с признаками агрессии (гемолитическая, плазмокоагулирующая, капсулообразующая способность). Концентрация УПМ в фекалиях достигает 10^7 /г. Выраженная кишечная дисфункция.
Четвертая степень (фаза ассоциативного дисбиоза)	Массивное размножение УПМ и их ассоциаций с частым высеванием энтеропатогенных вариантов. Выраженные функциональные нарушения пищеварительного тракта, что приводит к патологическим изменениям других органов и систем.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нарушения микробиоценоза толстого кишечника были выявлены у 52 (98,1%) обследованных боль-

ных хронической крапивницей. Так, дисбактериоз I степени выявлен у 9 (17%) обследованных, II сте-

пени – у 34 (64,1), III – у 9 (17%). Состояния эубиоза зафиксировано у 1 (1,9%) пациента.

Дисбиотические нарушения характеризовались снижением количественного содержания индигенной микрофлоры, затрагивая и аэробных и анаэробных бактерий.

Наиболее часто выявлялось снижение количества бифидобактерий – у 25 (47,2%) обследованных.

Снижение показателей высеваемости лактобацилл выявлено у 11 пациентов (20,8%), в том числе у 5 больных (9,4%) лактобациллы не обнаружены.

Содержание в кишечнике нормальной кишечной палочки было снижено у 10 обследованных (18,9%). У 2 пациентов *E.coli* не высевалась.

У 22 (41,5%) обследованных выявлено возрастание количества условно-патогенных бактерий (*C.diversus*, *E.aerogenes*).

На фоне количественного дисбаланса микрофлоры выявлялись изменения качественного состава. У 8 (15,1%) обследованных выявлялась кишечная палочка с гемолитическими свойствами, лактозонегативная – у 6 (11,7%), и кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью у 8 (15,1%) обследованных.

Обращает внимание частота выявления грибов рода *Candida*. Эти микроорганизмы были обнаружены у 39 (73,6%) обследованных.

Часто выявлялся *Staph.aureus* – у 17 (32,1%) пациентов. У 13 (24,5%) выявлена ассоциация грибов рода *Candida* и *Staph.aureus*.

Патогенные энтеробактерии не были выявлены ни у одного из обследованных больных.

ВЫВОДЫ

1. У большинства больных с хронической крапивницей в период обострения выявляются нарушения микробиоценоза кишечника.

2. Выявлена высокая частота высеваемости грибов рода *Candida*, которые обнаруживались у 73,6% обследованных.

3. С наибольшей частотой зарегистрировано снижение показателей высеваемости бифидобактерий, тенденция к снижению лактобацилл, возрастание количества условно-патогенных бактерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sibbald R.G. Chronic urticaria: evaluation of the role of physical, immunologic, and other contributory factors / Sibbald R.G., Cheema A.S., Losinsky A., Tarlo S. // *Int.J. Dermatol.* – 1991. - № 30. – Н.381
Sibbald R.G. Chronic urticaria: evaluation of the role of physical, immunologic, and other contributory factors / Sibbald R.G., Cheema A.S., Losinsky A., Tarlo S. // *Int.J. Dermatol.* – 1991. – № 30. – Н. 381.

2. Bjorksten B. The intestinal microflora in allergic Estonian and Swedish 2-year-old-children / B.Bjorksten, P.Naaber, E.Sepp, M.Mikelsaar // *Clin.Exp.Allergy.* - № 29. – P/ 342-346.

3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник // Киев. – 2010. – 545 с.

4. Методические указания по бактериологической диагностике дисбактериоза кишечника (для работников бак. лабораторий СЭС Приднепровской железной дороги) – Днепропетровск. – 2001. – 7 с.

5. Куваева И.Б. Микрoэкологические и иммунные нарушения у детей / И.Б. Куваева, К.С.Ладодо // М. – Медицина. – 1991.