

ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

З.Ш. Гараева, Н.А. Сафина, В.Т. Куклин, Е.В. Бильдюк, О.Д. Зинкевич

Лаборатория иммунологии и биохимии (зав. — ст. научн. сотр. О.Д. Зинкевич) Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии, кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. В.Т. Куклин) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Среди многочисленных факторов, провоцирующих обострение псориаза, особое место принадлежит очаговым инфекциям, развитие которых в значительной мере обусловлено недостаточностью антибактериального иммунитета. Неизвестно, имеет ли место у больных псориазом дефицит антибактериальных антител, поэтому целью настоящего исследования являлось изучение уровня антител к некоторым представителям нормальной и условно-патогенной микрофлоры кишечника у больных псориазом.

Под наблюдением находились 32 пациента в возрасте от 18 до 65 лет. У 18 больных была вульгарная форма заболевания, у 5 — экссудативная и у 7 — псориазическая эритродермия. У 12 больных отмечалась прогрессирующая стадия заболевания, у 18 — стационарная. У всех больных процесс носил распространенный характер: высыпания локализовались на спине, животе, ягодицах, верхних и нижних конечностях. Длительность заболевания колебалась от 5 до 20 лет. Среди сопутствующих заболеваний преобладали нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (у 75%) и хронические заболевания органов дыхания (у 25%).

У всех пациентов на высоте клинических проявлений и после общепринятой терапии (детоксикационная, антигистаминная, седативная и витаминотерапия, физиолечение, местно кератолитические и противовоспалительные средства) с помощью твердофазного иммуноферментного метода определяли уровень сывороточных антител к бактериям: *S. aureus*, *Ps. aeruginosa*, *Pr. mirabilis*, *Str. pyogenes*, *Candida albicans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Bacteroides fragilis*, *Bifidum*, *E. coli* а также к гликолипиду *Salmonella minnesota (RE-595)* [3]. Контрольную группу составили 400 здоровых доноров.

Концентрацию антител в сыворотке

рассчитывали по калибровочной кривой. В качестве калибратора использовали пул сывороток от 120 здоровых доноров с известным содержанием антител к исследуемым антигенам. Статистическую обработку данных производили с помощью программы SPSS Windows.

Установлено, что у больных псориазом средний уровень антител к 8 из 10 исследованных микробных антигенов нормальной микрофлоры был значительно снижен по сравнению с показателями здоровых лиц (см. табл.). Особенно низкие уровни антител наблюдались к эндотоксину грамотрицательных микробов, бактерий *E. coli* и *Ps. aeruginosa*: их концентрация была снижена по сравнению с показателями здоровых лиц почти в 6—7 раз. Необходимо отметить, что обследованные больные по данным показателям представляли собой однородную группу — уровни антител у них колебались от 0,5 до 4,0 мкг/мл. Так, уровень антител к ГЛП был снижен у всех 32 пациентов, а к *E. coli* был в норме только у 2 человек, у 30 имело место уменьшение количества антител. Такое же распределение больных наблюдалось и по уровню антител к *Ps. aeruginosa*.

Уровень антител к некоторым представителям условно патогенных бактерий в сыворотке крови у больных псориазом

Показатели	Больные псориазом		Здоровые лица
	до лечения	после лечения	
Эндотоксин	1,32±0,16*	1,42±0,23*	8,36±0,39
<i>E. coli</i>	3,54±0,61*	3,78±0,6*	15,6±0,59
<i>Ps. aeruginosa</i>	1,98±0,66*	1,98±0,3*	14,48±0,61
<i>Pr. mirabilis</i>	6,65±2,16*	7,65±1,9*	11,77±0,56
<i>Candida albicans</i>	22,4±5,32	27,99±7,4	25,08±0,76
<i>Bifidum</i>	1,04±0,13*	1,29±0,18*	4,27±0,29
<i>S. aureus</i>	3,47±0,99*	3,0±0,51*	6,55±0,22
<i>Str. pyogenes</i>	29,8±6,5**	29,6±7,4**	13,75±0,55
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	9,7±1,95*	12,9±3,31*	25,25±0,86

* Показатели достоверно ниже нормы,
** достоверно выше нормы.

Однотипный ответ на все три антигена связан, вероятно, с их значительной антигенной гомологией в липополисахаридной (ЛПС) части.

Как нами было показано ранее, у больных псориазом на высоте клинических проявлений имеется эндотоксинемия, уровень которой напрямую связан с выраженностью клинических симптомов заболевания. После традиционного лечения уровень эндотоксина в крови снижался в 10—100 раз, хотя и не достигал нормы [2]. Эти факты, а также известные данные о нарушении детоксицирующей функции печени при псориазе [5] свидетельствуют о срыве антиэндотоксиновой защиты у больных данной категории, следствием чего является, по-видимому, избыточное потребление антител к эндотоксину. Нарушение нормального физиологического статуса ЛПС может влиять на развитие и течение псориаза. Косвенным подтверждением этого положения служат данные о клинической эффективности иммунокорригирующей терапии с применением энтеросорбентов и гепатопротекторов, которые ограничивают поступление эндотоксина из кишечника [1]. В свете наших данных их использование является патогенетически обоснованным.

По мнению некоторых исследователей, состояние антиэндотоксинового иммунитета отражает уровень общей иммунологической реактивности организма [4]. Однако в наших исследованиях низкие уровни антител к эндотоксину и антигенам грамотрицательной микрофлоры не всегда сочетались с низким уровнем антител к микробам других классов. Уровни антител к *S. aureus*, *Bifidum*, *Klebsiella*, *Bacteroides* были также снижены по сравнению с нормой, однако умеренно (в 2—3 раза). Особенности иммунного ответа на данные антигены у обследованных пациентов было то, что среди них наблюдались лица как со сниженным, так и с нормальным содержанием антител.

Средний уровень антител к *Candida albicans* у больных псориазом не отличался от таковых у здоровых, однако среди них были пациенты с низким (13), нормальным (17) и резко повышенным уровнем антител (свыше 60 мкг/мл у одного пациента).

На фоне сниженного уровня анти-

тел практически ко всем исследованным антигенам исключение составили антитела к стрептококку, концентрация которых превышала норму почти в 2 раза. При этом у 12 больных уровень антител был снижен (менее 5 мкг/мл), у 4 — близок к норме и у 16 — крайне высок (выше 60 мкг/мл). Обнаруженное нами высокое содержание антител к стрептококку соответствует литературным данным. Вероятной причиной этого могут быть общие антигены дермы и стрептококка.

После лечения средние уровни антител имели тенденцию к нормализации, однако различия были недостоверны (см. табл.). Анализ показал, что у больных с первоначально низким уровнем антител к *Candida* и *Str. ruogenes* в результате лечения их уровень повысился до нормы, а у лиц с нормальным уровнем антител к *Str. ruogenes* стал достоверно выше нормы. Низкий уровень антител ко всем другим антигенам, включая антитела к эндотоксину, после традиционной терапии так и не повысился, хотя имел такую тенденцию. Содержание антител выше нормы наблюдалось только к стрептококку, причем у значительной части пациентов (у 16), остальным антигенам превышение регистрировалось в единичных случаях. После лечения повышенный уровень антител к антигенам стрептококка снизился, но не достиг нормы.

Полученные результаты свидетельствуют о существенной роли в развитии и обострении псориаза состояния гуморального иммунитета к эндотоксину и условно патогенной микрофлоре кишечника, а также к самой микрофлоре кишечника. Иммунизация иммунокомпетентных клеток к этой микрофлоре происходит в слизистой кишечника, и только после этого они разносятся по всему организму, обуславливая напряженность не только гуморального, но и местного иммунитета. Поэтому для купирования обострений и пролонгирования стадии ремиссии актуальны реабилитация желудочно-кишечного тракта и восстановление микробиоценоза кишечника.

ВЫВОДЫ

1. Больные псориазом имеют существенно сниженный гуморальный иммунитет к антигенам грамотрицательной кишечной микрофлоры.

2. Традиционная терапия больных псориазом не оказывает существенного влияния на состояние гуморального иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахмистерова Л.А., Бычко-Токопой И.О.// Вестн. дерматол. — 2000. — № 4. — С. 41—45.
2. Гараева З.Ш., Сафина И.А. и др. Юбилейная конференция КНИИЭМ —5—6 декабря 2001. Казань. — С. 50—51.
3. Зинкевич О.Д. и др.//Журн. микробиол. — 1999. — № 2. — С. 65—68.
4. Райхер Л.И.//Журн. микробиол. — 1998. — № 2. — С. 9—12.
5. Шарапова Г.Я., Короткий Н.Г., Молоденков М.Н. Псориаз.— М., 1989.

Поступила 08.06.01.

PECULIARITIES OF HUMORAL ANTIBACTERIAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Z.Sh. Garaeva, N.A. Safina, V.T. Kuklin, E.V. Bilyuk, O.D. Zinkevich

Summary

It is revealed that in patients with psoriasis the average indices of antibodies to eight of ten microbic antigens of normal microflora under study were significantly decreased in comparison with the indices of healthy persons. After the treatment the endotoxin level in blood was reduced by 10—100 times but did not reach the standard. The results obtained show the essential role of humoral immunity state to endotoxine and the condition of pathogenic intestine microflora in the development and acute condition of psoriasis.

УДК 616.613—003.7—039.31—06:616.89

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ

А.В.Онегин, К.К.Яхин, М.Э.Ситдыкова

Кафедра психиатрии и наркологии (зав. — проф. К.К.Яхин), кафедра урологии (зав. — проф. М.Э.Ситдыкова) Казанского государственного медицинского университета

К числу самых распространенных клинических проявлений мочекаменной болезни (МКБ) относится симптомокомплекс почечной колики (ПК) [2, 6, 7]. Ведущее значение в клинической картине ПК, кроме болевого синдрома, придается и тревожно-фобической симптоматике [1, 4, 5]. Однако несмотря на давность изучения данного вопроса практически не исследовались распространенность и структура психических расстройств, а также их влияние на течение МКБ.

Целью данного исследования являлась оценка распространенности и структуры психических расстройств, а также особенностей личности больных с ПК. Были обследованы 149 больных с установленной МКБ в возрасте от 18 до 70 лет (мужчин — 82, женщин—67), при этом основным методом был клинико-психопатологический. Полученные результаты дополняли экспериментально-психологическими методиками — ММРП, клиническим опросником для выявления пограничных психических состояний [8], шкалами тревоги и депрессии Гамильтона. Достоверность результатов оценивали способом угловой трансформации (φ-преобразование Фишера) с введением поправки Йейтса [3].

Больные были разделены на две группы в зависимости от клинических проявлений уrolитиаза. В контрольную группу вошли лица с МКБ, у которых в клинической картине не было ПК, в основную группу — больных уrolитиазом, в клинической картине которых был хотя бы один эпизод ПК.

Контрольная группа состояла из 26 пациентов. Распределение по полу было равным. Возраст больных колебался от 17 до 62 лет, однако большинство из них находились в возрасте от 50 до 59 лет. Образовательный ценз был высоким — 65% пациентов имели высшее образование. По семейному статусу эта группа кардинально отличалась от больных с ПК. Число женатых (замужних) было достоверно меньше ($P < 0,05$), чем во второй группе (46% и 72% соответственно). В данной группе преобладали пациенты с хорошими жилищно-бытовыми условиями (54%), средним материальным достатком (48%), а также небольшим стажем болезни (у 83% ее длительность не превышала 5 лет) и редкими обострениями заболевания (у 95% лиц обострения МКБ встречались не чаще 2 раз в год).

Клиническая картина уrolитиаза была представлена в основном тяжестью