

гемостаз [М.К. Умутбаева, 1984].

Схема опыта: 1) контроль интактный; 2) подопытная группа (вводили 50 мг/кг пеллентана и 150 мг/кг витамина К). Отбор проб производили как в предыдущем эксперименте.

Установлено, что каких-либо сдвигов со стороны ЛПО и гемостаза при одновременном введении пеллентана и витамина К (в избытке) не происходит. Из этого следует, что изменения, обнаруженные в предыдущем эксперименте, обусловлены К-антивитаминовым эффектом пеллентана – снижением интенсивности ПВСК.

Можно заключить, что снижение интенсивности ПВСК сопровождается снижением интенсивности липопероксидации, следовательно связь ЛПО-гемостаз является двухсторонней: активация или угнетение ЛПО ведет к таким же сдвигам ПВСК и наоборот.

Динамика активности миелопероксидазы лейкоцитов у больных три-хомикозами

Утова Я. В.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Под наблюдением находилось 43 больных трихомикозами в возрасте от 1 до 68 лет. В числе обследованных мужчин было 32 человека, женщин 11. Преобладали дети в возрасте от 7 до 16 лет. Трихофития была выявлена у 29 человек, из них поверхностными формами болели 18 человек и инфильтративно-нагноительными – 11 человек. У 14 человек отмечалась поверхностная микроспория с поражением гладкой кожи и (или) волосистой части головы. Этиологический диагноз выставлялся на основании клинико-лабораторных данных и культурального выявления возбудителя. Обследование проводилось при поступлении в стационар (в период разгара), в середине противогрибковой терапии (в период угасания клинических симптомов) и перед выпиской из стационара (в период ранней реконвалесценции). Цитохимическое исследование активности миелопероксидазы (МП) проводили по Graham-Knoll (1918) в нашей модификации, реакция выполнялась в одинаковых стандартных условиях для всех препаратов. Количественную оценку интралейкоцитарного компонента проводили по принципу Karlow (1955) и выражали в условных единицах.

Проведенные исследования выявили следующие закономерности, которые определялись в зависимости от клинической формы и стадии заболевания. Так, у больных в период разгара заболевания было отмечено значительное угнетение активности МП. В последующем, в периоде угасания клинических симптомов наблюдалось постепенное повышение активности энзима. В периоде ранней реконвалесценции, по окончании лечения, происходило восстановление показателей миелопероксидазной активности лейкоцитов до уровня здоровых лиц.

Необходимо отметить, что степень активности МП зависела от клинической формы трихомикозов. Значительное снижение ее активности выявлялось

при инфильтративно-нагноительной форме трихофитии. У 5 больных с хронической соматической патологией восстановления показателей активности МП до нормальных величин к моменту выписки не происходило.

Таким образом, у больных трихомикозами отмечалось закономерное угнетение активности МП, напрямую зависящие от активности воспалительных явлений в коже, стадии болезни и реконвалесценции. На фоне противогрибкового лечения происходило постепенное восстановление нормальных показателей активности интралейкоцитарного фермента до показателей нормы, за исключением случаев, когда имела хроническая соматическая патология, что, вероятно, обусловлено дополнительной антигенной стимуляцией лейкоцитов.

Метаболизм соединительной ткани при синдроме раздраженного кишечника

Чиж. А.Г., Осадчук М.А., Исламова Е.А.

Государственный медицинский университет, Военно-медицинский институт, Самара

Согласно современным взглядам синдром раздраженного кишечника относится к функциональным заболеваниям. Вместе с тем, у части больных синдромом раздраженного кишечника в биоптатах слизистой оболочки толстой кишки отмечаются дистрофические и воспалительные изменения минимальной активности, что связывают с вторичными нарушениями микробной флоры.

Целью настоящей работы явилась изучение показателей метаболизма соединительной ткани при синдроме раздраженного кишечника.

Под нашим наблюдением находились 60 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК) в возрасте 23-46 лет, контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Активность эластазы сыворотки крови изучали по методу С. А. Тужилина и соавт. (1971), содержание оксипролина, соединенного с коллагеноподобным белком плазмы в сыворотке крови – по методу М.А. Осадчука и В.М. Капустина (1987), содержание гликозаминогликанов в сыворотке крови – по методу Б.Ф. Мурашова и соавт. (1986). Материал для морфологического исследования получали из сигмовидной кишки, для гистологического исследования биоптатов применяли окраску гематоксилин-эозином. Бактериологическая оценка микробиоценоза толстой кишки основывалась на исследовании микрофлоры кала с выделением степеней дисбиоза (МЗ РФ, 1991).

В группе практически здоровых лиц активность эластазы сыворотки крови составила $0,18 \pm 0,02$ мкг/мл*мин, концентрация белковосвязанного оксипролина - $0,23 \pm 0,02$ мг/мл, гликозаминогликанов - $0,21 \pm 0,02$ г/л.

Согласно результатам бактериологического исследования кала, дисбиоз определялся у 55% больных СРК. Нарушения, соответствующие первой степени дисбиотических расстройств, обнаруживались у 36,7%, дисбиоз 2-й степени - у 13,3%, дисбиоз 3-ей степени - у 5% обследованных. При оценке количест-

венного состава микрофлоры кала обращало внимание снижение общего количества бифидобактерий, лактобактерий, пролиферация гемолитических штаммов *E.coli*, грибов рода *Candida*, золотистых стафилококков. При морфологическом исследовании слизистой оболочки толстой кишки у 26% пациентов с СРК отмечалась гиперплазия бокаловидных клеток эпителия и переполнение их муцином. В то же время, у 15% пациентов с СРК в собственной пластинке слизистой оболочки толстой обнаружены единичные лимфоциты, что, вероятно, связано с имеющимися дисбиотическими изменениями.

При изучении маркеров метаболизма соединительной ткани у пациентов с СРК без явлений кишечного дисбиоза отмечено повышение активности эластазы крови - $0,33 \pm 0,03$ мкг/мл*мин ($p < 0,05$), и содержания гликозаминогликанов - $0,32 \pm 0,02$ г/л, ($p < 0,05$), тогда как концентрация белковосвязанного оксипролина крови повышалась недостоверно - $0,27 \pm 0,03$ мг/мл, ($p > 0,05$). При наличии дисбиоза кишечника зарегистрированы более значительные нарушения метаболизма соединительной ткани: активность эластазы составила $0,45 \pm 0,04$ мкг/мл*мин, концентрация белковосвязанного оксипролина - $0,39 \pm 0,03$ мг/мл, гликозаминогликанов - $0,47 \pm 0,03$ г/л, ($p < 0,05$ по сравнению с показателем у практически здоровых лиц и в группе больных СРК без дисбиоза кишечника).

Таким образом, для синдрома раздраженного кишечника характерно повышение эластолитической активности, концентрации гликозаминогликанов и белковосвязанного оксипролина сыворотки крови, что, с одной стороны, может быть связано с дисбиозом толстой кишки, с другой – обусловлено обменно-дистрофическими нарушениями метаболизма соединительной ткани.

Эффективность применения лазеротерапии в лечении больных синдромом раздраженного кишечника

Чиж. А.Г., Осадчук М.А., Исламова Е.А.

Государственный медицинский университет, Военно-медицинский институт, Самара

Симптомы кишечной дисфункции при синдроме раздраженного кишечника связывают с биологическими эффектами серотонина, который регулирует кишечную моторику и секрецию.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения чрескожной лазеротерапии в лечении больных синдромом раздраженного кишечника.

Обследовано 60 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК), из них: 33 пациентам проведено медикаментозное лечение в зависимости от ведущего симптома (при преобладании диареи – имодиум 4 мг в сутки, при преобладании запоров – форлакс – 2 пакетика 2 раза в день) и чрескожная лазеротерапия (ЧЛ) с использованием гелий-неонового лазерного излучения; 27 пациентов с СРК получали только медикаментозную терапию. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. В биопсийном

материале сигмовидной кишки эндокринные клетки, секретирующие серотонин (ЕС₁-клетки), изучались иммуногистохимическим методом с последующей электронно-микроскопической оценкой структуры клеток.

Эффективность чрескожной лазеротерапии в лечении больных СРК оценивали по регрессии клинических симптомов, динамике морфометрических показателей серотонинпродуцирующих клеток толстой кишки. Обследование пациентов осуществлялось при поступлении пациентов в стационар и через месяц с начала проведения терапии.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что при использовании чрескожной лазеротерапии у подавляющего большинства пациентов с СРК в течение 10-14 дней купируются симптомы кишечной дисфункции. Тогда как у 25,9% лиц, получавших только медикаментозную терапию, через месяц с начала лечения сохранялись схваткообразные боли в животе и нарушение стула.

В контрольной группе число ЕС₁-клеток составило $2,7 \pm 0,4$ на 1 мм² слизистой оболочки толстой кишки. При СРК наблюдается гиперплазия ЕС₁-клеток толстой кишки - $5,5 \pm 0,5$ на 1 мм² слизистой оболочки ($p < 0,05$ по сравнению со значениями у практически здоровых лиц). Через месяц после проведенного лечения с использованием лазеротерапии у пациентов СРК отмечено восстановление количества и функций энтерохромаффинных клеток, продуцирующих серотонин, - $3,1 \pm 0,4$ на 1 мм² слизистой оболочки толстой кишки ($p > 0,5$ по сравнению со значениями у практически здоровых лиц). В группе пациентов с СРК, которым проводилось только медикаментозное лечение, при повторном обследовании сохранялась гиперплазия ЕС₁-клеток толстой кишки - $5,0 \pm 0,4$ на 1 мм² слизистой оболочки ($p < 0,05$ по сравнению со значениями у практически здоровых лиц)

Таким образом, при применении лазеротерапии в комплексном лечении больных СРК ликвидируются симптомы кишечной дисфункции, что значительно улучшает качество жизни больных СРК, и восстанавливается структурно-функциональная организация серотонинпродуцирующих клеток толстой кишки. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования чрескожной лазеротерапии в комплексном лечении больных синдромом раздраженного кишечника.

Некоторые соматические и висцеральные лимфатические узлы овец красноярской тонкорунной породы

Чумаков В.Ю., Кудашова Е.А., Романов В. М.

Хакасский государственный университет им. Н.Ф.Катанова, Абакан

В организме человека и животных лимфатические узлы принято подразделять на соматические и висцеральные. Из соматических нами рассмотрено две группы: поверхностные и глубокие шейные лимфатические узлы, а висцеральные - рассмотрены на примере лимфатических узлов легких овец.

При исследовании установлено, что поверхност-