

Изучение маркеров метаболизма соединительной ткани свидетельствует о фазности их изменений в период обострения и ремиссии неспецифического язвенного колита. Так, в период обострения неспецифического язвенного колита нами отмечена высокая эластолитическая активность сыворотки крови - $1,88 \pm 0,06$ мкг/мл*мин ($p < 0,05$ по сравнению с показателем у практически здоровых лиц). При этом активность ЭЛ коррелировала с наличием крови в кале и частотой стула, отражающих выраженность деструктивного компонента воспаления при неспецифическом язвенном колите ($r = 0,67, 0,82$). Отсутствие у большинства больных неспецифическим язвенным колитом перфораций толстой кишки, по-видимому, можно объяснить высоким содержанием в плазме крови БОП ($0,84 \pm 0,05$ мг/мл, $p < 0,05$ по сравнению с показателем у практически здоровых лиц) и ГАГ ($0,45 \pm 0,05$ г/л, $p < 0,05$ по сравнению с показателем у практически здоровых лиц), характеризующих выраженность коллагеносинтетических процессов. В период ремиссии неспецифического язвенного колита наблюдается снижение активности ЭЛ ($0,64 \pm 0,05$ мкг/мл*мин), БОП ($0,68 \pm 0,02$ мг/мл) и ГАГ ($0,38 \pm 0,03$ г/л) по сравнению со значениями в период обострения ($p < 0,05$).

Изучение метаболизма соединительной ткани у больных с болезнью Крона свидетельствует о высокой активности ЭЛ сыворотки крови в период обострения заболевания ($0,94 \pm 0,04$, $p < 0,05$ по сравнению с показателем у практически здоровых лиц). В тоже время следует подчеркнуть, что эластолитическая активность сыворотки крови у больных с болезнью Крона была в два раза ниже, чем при неспецифическом язвенном колите. Повышение концентрации ЭЛ сыворотки крови сочеталось с высоким уровнем БОП ($1,59 \pm 0,08$ мг/мл, $p < 0,05$ по сравнению с показателем у практически здоровых лиц) и ГАГ ($0,76 \pm 0,05$, $p < 0,05$ по сравнению с показателем у практически здоровых лиц). Содержание БОП и ГАГ сыворотки крови было в 1,5-2,0 раза выше чем, при неспецифическом язвенном колите ($p < 0,05$), что подчеркивает особенность течения данной патологией с преобладанием избыточного развития соединительной ткани. Это кардинально отличает болезнь Крона от неспецифического язвенного колита. В фазе начинающейся ремиссии при болезни Крона содержание в крови всех показателей метаболизма соединительной ткани уменьшалось, но не достигало контроль-

ных цифр. Так, активность ЭЛ в сыворотке крови в 2-3 раза превышала нормальные значения ($0,46 \pm 0,04$, $p < 0,05$ по сравнению с показателем в период обострения). Подобная же тенденция отмечалась и в отношении БОП ($1,23 \pm 0,08$, $p < 0,05$ по сравнению с показателем в период обострения) и ГАГ ($0,54 \pm 0,03$, $p < 0,05$ по сравнению с показателем в период обострения). Сохраняющиеся изменения в метаболизме соединительной ткани в период ремиссии болезни Крона позволяют прийти к заключению, что данный период заболевания сопровождается выраженными изменениями соединительной ткани и его следует рассматривать как активный патологический процесс с избыточным коллагенообразованием.

Таким образом, показатели метаболизма соединительной ткани – ЭЛ, БОП и ГАГ могут использоваться в качестве дополнительных методов контроля за течением воспалительно-деструктивных процессов в толстой кишке и верификации фазы заболевания при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона.

Коррекция микрофлоры кишечника как один из факторов поддержания гомеостаза

Литвина Л.А., Стрижак В.М.

Новосибирский Государственный Университет, санаторий - профилакторий, Новосибирск

В последние годы стала очевидной огромная роль нормальной микрофлоры кишечника для целого ряда функций организма человека (Петровская В.Г. и др. 1977, Покровский В.И., 1999, Борисов Л.Б. 2001). Между тем такое понимание роли микрофлоры было далеко не всегда, и врачи более старшего поколения могли прочесть в своих учебниках фразу "Роль нормальной микрофлоры недостаточно изучена".

Микроэкологическая система пищеварительного тракта является открытым биоценозом, так как между этим трактом и микрофлорой окружающей среды происходит постоянная циркуляция микроорганизмов. Вместе с тем только определенные виды микроорганизмов должны находить подходящие условия для жизни внутри кишечника. Эволюционно закрепившийся симбиоз между микро и макро организмами представляет собой взаимовыгодное сотрудничество двух "параллельных" миров, и обеспечивает стабильность эндоекологии человека и поддержание гомеостаза, что подтверждено в работах целого

ряда исследователей (Методич. рекоменд. для врачей, 1988, Бондаренко В.М. и др., 1988, Воробьев А.А. и др., 1996).

К сожалению, врачебная практика свидетельствует о все возрастающем воздействии негативных факторов на внутреннюю среду организма, в том числе на микрофлору. Это результат массивного применения антибиотиков, химиопрепаратов, проведение гормональной и лучевой терапии, а также поступление в организм человека ксенобиотиков из внешней среды с пищей и водой (Ануфриева Р.Г., 1990, Кафарская Л.И. и др., 1992, Шендеров Б.Л., 1996, 1998).

Нарушениям микроценоза кишечника могут приводить и гельминтные инвазии, а так же процессы, связанные с дегельминтацией. По данным А.И.Пальцева 1987, 1999 и его сотрудников, описторхоз почти во всех случаях сопровождается нарушениями со стороны микробного пейзажа кишечника.

В нашей работе проводилась коррекция микроценоза на фоне постдегельминтационных состояний. Были отобраны две группы отдыхающих, по 50 чел. в каждой, в возрасте 30 - 40 лет, в анамнезе

которых отмечен хронический описторхоз с последующей недавно проведенной дегельминтацией. Одной группе отдыхающих помимо обычной терапии был предложен препарат "Биовестин", представляющий собой живую активную форму *Bifidobacterium adolescentis* МС-42, с большим исходным содержанием бифидобактерий в 1мл. Контрольная группа отдыхающих препарат не принимала.

Перед началом эксперимента было проведено исследование микрофлоры всех участников. Оказалось, что у 60% отдыхающих этой группы имелся дисбактериоз II -степени, у 30% - III-степени, и лишь у 10% микрофлора оказалась нормальной. Это можно объяснить и дополнительной

токсичностью препаратов, используемых для дегельминтизации, и действующих не только на гельминты, но и на клетки микроорганизмов. Данные анализов практически коррелировали с жалобами 80% больных, носящими диспептический характер: периодически возникающие боли в животе, перемежающиеся запоры и жидкий стул, отсутствие чувства опорожнения после акта дефекации, непереносимость молока, и др.

Повторная проверка состояния микроценоза кишечника была проведена у контрольной и ис-

пытываемой групп отдыхающих через две недели после трехнедельного курса приема препарата. Исследовалось содержание бифидофлоры, лактобацилл, кишечной палочки с нормальной, а также с лактозонегативной и гемолитической ферментативной активностью, количество клебсиелл, цитробактера, протей, золотистого стафилококка и других, обычно исследуемых представителей облигатной, транзитной и остаточной микрофлоры. Анализы показали значительные достоверные отличия микрофлоры контрольной и испытываемой групп больных. Особенно отраднo, что уже при выписке из профилактория в группе, принимавшей бифидопрепарат, отмечена положительная динамика клинических симптомов, выражавшаяся в отсутствии жалоб на диспептические расстройства у со стороны 40 человек из 50, принимавших препарат. Остальным рекомендовано продолжение курса, а через месяц - повторение.

Новосибирская область находится на территории самого крупного в мире очага описторхоза, поскольку по данным биологов (Соусь С.М., 1987) в экосистемах водоемов Обь-Иртышского бассейна имеются все абиотические и биотические факторы (моллюски рода битинии, рыбы, млекопитающие) для развития описторхов. Количество пораженных гельминтами в городе и области в последние годы не только не уменьшилось, но даже возросло, поэтому понятна актуальность вопроса не только о санации населения, но и о коррекции широко распространенного дисбактериоза, существующего в постдегельминтационном периоде. Поскольку микроценоз кишечника относится к внутренней среде организма, его коррекцию необходимо рассматривать как один из факторов поддержания гомеостаза.

Миокард при эндотоксикозе: механизмы и морфофункциональные проявления вторичного повреждения

Марков Д.Е., Новочадов В.В.

Волгоградская медицинская академия, Волгоград

При эндотоксикозе, сама концепция которого подразумевает полиорганность развивающейся патологии, миокард становится мишенью вторичного повреждения, вызванного эндогенными токсическими соединениями с комплексом морфофункциональных изменений, описывае-