

ний, заживление язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки наблюдалось в сроки от 15 до 22 дней и составило в среднем  $17,24 \pm 1,43$  дней. Процесс рубцевания язвы в результате только медикаментозной терапии больных был более длительным ( $p < 0,001$ ) - от 18 до 36 дней, в среднем -  $24,55 \pm 1,72$  дней.

Проведенные морфо-функциональные исследования показали, что при использовании в комплексной схеме лечения больных ЯБДК воздействия ЭМИ ММД в слизистой оболочке желудка нормализуется количество и функциональное состояние апудоцитов, продуцирующих серотонин, гастрин и соматостатин, наблюдается умеренная гиперплазия со стороны общей популяции эндокринных клеток, а также клеток, секретирующих мелатонин, гистамин и нейротензин по сравнению со значениями в группе больных хроническим диффузным гастритом.

В то же время, в группе пациентов с ЯБДК, которым проводилось только медикаментозное лечение, хотя и отмечается положительная динамика со стороны исследуемых эндокринных клеток, однако в слизистой оболочке желудка сохраняется достоверная гиперплазия со стороны общей популяции апудоцитов, очаговое увеличение числа эндокринных клеток, секретирующих гастрин, гистамин, серотонин, нейротензин и гипоплазия клеток, секретирующих соматостатин, по сравнению с показателями у больных хронической дуоденальной язвой, получавших воздействие ЭМИ ММД.

Нормализация или приближение к контрольным показателям количества и функционального состояния эндокринных клеток антрального отдела желудка после воздействия ЭМИ ММД обуславливают восстановление баланса между факторами агрессии и цитопротективными свойствами слизистой оболочки желудка, что создает благоприятные условия для репарации пептического дефекта и находит свое отражение в сокращении сроков заживления язвы у этих пациентов.

Сохраняющаяся у пациентов с ЯБДК после медикаментозной терапии кислотно-пептическая агрессия, связанная с повышением активности гастрин-, серотонин-, гистамин-, нейротензинсекретирующих клеток и гипоплазией соматостатинпродуцирующих клеток ведет к более длительному заживлению пептического дефекта, подтверждением чему служат

выявленная нами прямая корреляция между длительностью рубцевания хронической дуоденальной язвы и количеством эндокринных клеток, секретирующих гастрин, серотонин, гистамин и нейротензин ( $r=0,835, 0,643, 0,752, 0,582$  соответственно) и обратная зависимость - с числом соматостатинпродуцирующих клеток ( $r = -0,824$ ).

Положительная динамика структурно-функциональной организации ключевых апудоцитов желудка свидетельствует о влиянии ЭМИ ММД на патогенетические звенья язвенной болезни и, следовательно, о целесообразности использования этого метода в гастроэнтерологической практике.

#### **Возможности применения лазеротерапии в лечении больных неспецифическим язвенным колитом**

Чиж А.Г., Чиж А.А., Исламова Е.А.

*Государственный медицинский университет, Саратов*

Целью настоящего исследования явилась клинико-эндоскопическая, морфологическая и биохимическая оценка эффективности применения чрескожной лазеротерапии в лечении больных неспецифическим язвенным колитом.

Под нашим наблюдением находились 32 больных неспецифическим язвенным колитом легкой и средней степени тяжести, которым наряду с медикаментозной терапией (сульфасалазин или салофальк до 4-6 г/сутки), проведен курс чрескожной лазеротерапии (ЧЛ). Контрольные группы составили 28 больных неспецифическим язвенным колитом, получавших только лекарственную терапию и 20 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 серийные парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином и азур-эозином.

Эффективность ЧЛ в лечении больных неспецифическим язвенным колитом оценивали по регрессии клинических симптомов, морфологической картине толстой кишки и показателям метаболизма соединительной ткани сыворотки крови. обследо-

вание пациентов осуществлялось при поступлении пациентов в стационар в фазу обострения заболевания и через месяц с начала проведения терапии.

В группе практически здоровых лиц активность эластазы сыворотки крови (ЭЛ) составила  $0,18 \pm 0,02$  мкг/мл\*мин, концентрация белковосвязанного оксипролина (БОП) -  $0,23 \pm 0,02$  мг/мл, гликозаминогликанов (ГАГ) -  $0,21 \pm 0,02$  г/л. В период обострения неспецифического язвенного колита активность ЭЛ повышалась до  $1,88 \pm 0,06$  мкг/мл\*мин, БОП -  $0,84 \pm 0,05$  мг/мл, ГАГ -  $0,45 \pm 0,05$  г/л ( $p < 0,05$  по сравнению с показателями у практически здоровых лиц).

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что клиническая ремиссия неспецифического язвенного колита у большинства больных наступала в течение 1-1,5 месяца от начала проводимой терапии. Следует подчеркнуть, что остаточная клиническая симптоматика отмечалась у 32,1% больных после только медикаментозной терапии и только у 6,3% пациентов при использовании комбинации лекарственных средств с чрескожным воздействием лазера на брюшную стенку.

Комбинированная терапия салозопрепаратами и воздействием лазера ведет к улучшению морфологической картины толстой кишки. Так, после применения ЧЛ отмечается достоверное уменьшение степени дистрофии эпителия, деформации и атрофии ворсинок, снижение активности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки, что проявляется исчезновением отека, уменьшением нейтрофильной и лимфоплазмочитарной инфильтрации, и не выявляется формирование грубых соединительнотканых рубцов ( $p < 0,05$  по сравнению с показателями у пациентов после только медикаментозной терапии).

Изучение метаболизма соединительной ткани показало, что при использовании ЧЛ достигается значительное снижение активности ЭЛ ( $0,36 \pm 0,07$  мкг/мл\*мин), БОП ( $0,54 \pm 0,04$  мг/мл) и ГАГ ( $0,27 \pm 0,02$  г/л) по сравнению с показателями в период обострения заболевания ( $p < 0,05$ ). В группе пациентов, которым проводилось только медикаментозное лечение, при повторном обследовании показатели метаболизма соединительной ткани несколько уменьшались, однако, достоверно

превосходили значения в группе пациентов, получавших ЧЛ. Активность ЭЛ в этой группе больных составила -  $0,64 \pm 0,05$  мкг/мл\*мин, концентрация БОП -  $0,68 \pm 0,02$  мг/мл, ГАГ -  $0,38 \pm 0,03$  г/л ( $p < 0,05$  по сравнению со значениями в период обострения и показателями у пациентов, получавших ЧЛ).

Таким образом, применение ЧЛ в комплексном лечении больных неспецифическим язвенным колитом позволяет в более короткие сроки достичь клинико-эндоскопической ремиссии заболевания, уменьшения или ликвидации активного воспалительного процесса в толстой кишке. Использование ЧЛ при неспецифическом язвенном колите приводит к уменьшению избыточного коллагенообразования, что подтверждается эндоскопическими, морфологическими и биохимическими методами. Маркеры метаболизма соединительной ткани (ЭЛ, БОП и ГАГ) выступают адекватными критериями динамики воспалительно-деструктивных процессов в толстой кишке и могут быть использованы в качестве полноценного контроля за эволюцией воспалительного процесса при неспецифическом язвенном колите.

#### **Оценка местной гипотермии в профилактике послеоперационного деструктивного панкреатита**

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к развитию острого деструктивного панкреатита, является травматизация ткани поджелудочной железы. Это происходит при выполнении хирургических вмешательств, особенно продолжительных во времени, как на самой железе, так и на окружающих ее органах и тканях.

Установлено, что снижение температуры поджелудочной железы до  $+10^{\circ}\text{C}$  не оказывает влияния на структуру и функцию островков Лангерганса, но угнетает экзокринный аппарат этого органа.

Исходя из этого, нами был разработан общедоступный и простой способ местной гипотермии поджелудочной железы, позволяющий во время операции осуществить объемное охлаждение данного органа тающим льдом, который возникает на поверхности железы или при орошении ее хлорэтилом, или при помещении в сальниковую сумку полиэтиленового пакета с тающим льдом (патент РФ № 2110219, от 10 мая 1998 г.).