Таким образом, гиперактивность провоспалительных цитокинов TNF-α, IL-1 в раннем периоде ГЛПС играет значительную роль в иммуннопатогенезе, определяя тяжесть и прогноз болезни.

Опыт применения лазеротерапии при неспецифическом язвенном колите

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 до 4-6 г/сутки), проведен курс чрескожной лазеротерапии (ЧЛ). Контрольные группы составили 28 больных неспецифическим язвенным колитом, получавших только лекарственную терапию и 20 больных синдромом раздраженного кишечника. 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. Обследование пациентов осуществлялось при поступлении пациентов в стационар в фазу обострения заболевания и через месяц с начала проведения терапии.

В группе больных синдромом раздраженного кишечника активность эластазы сыворотки крови (ЭЛ) составила 0,36±0,03 мкг/мл*мин, концентрация белковосвязанного оксипролина (БОП) - 0,27±0,03 мкг/мл, гликозаминогликанов (ГАГ) - 0,34±0,02 г/л. В период обострения неспецифического язвенного колита активность ЭЛ повышалась до 1,88±0,06 мкг/мл*мин, БОП - 0,96±0,05 мкг/мл, ГАГ - 0,85±0,03 г/л ($p<0,05$ по сравнению с показателями у больных синдромом раздраженного кишечника). Эластолитическая активность сыворотки крови коррелировала с наличием крови в кале и частотой стула, отражающих активность и выраженность деструктивного компонента воспаления при неспецифическом язвенном колите ($r = 0,76$ и 0,84).

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 лимфоплазмоцитарной инфильтрации, и не выявляется формирование грубых соединительнотканных 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±0,03 мкг/мл*мин), БОП (0,54±0,03 мкг/мл) и ГАГ (0,37±0,04 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 - 0,60±0,08 мкг/мл*мин, концентрация БОП - 0,75±0,04 мкг/мл, ГАГ - 0,68±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 язвенной колите.

Эпидемический процесс гепатита А на территории Саратовской области в период с 1983-2002 гг.

Капкина Е.В., Лефтерова О.А., Шульдяков А.А., Перминова Т.А., Сретенская Д.А., Стрельникова Н.А.
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Очередной эпидемический подъем гепатита А, отмечающийся в России с 2000 года, снова заставил