

Таким образом, гиперактивность провоспалительных цитокинов TNF- α , IL-1 в раннем периоде ГЛПС играет значительную роль в иммунопатогенезе, 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 $0,36 \pm 0,03$ мкг/мл*мин, концентрация белковосвязанного оксипролина (БОП) - $0,27 \pm 0,03$ мкг/мл, гликозаминогликанов (ГАГ) - $0,34 \pm 0,02$ г/л. В период обострения неспецифического язвенного колита активность ЭЛ повышалась до $1,88 \pm 0,06$ мкг/мл*мин, БОП - $0,96 \pm 0,05$ мкг/мл, ГАГ - $0,85 \pm 0,03$ 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 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 ($0,36 \pm 0,03$ мкг/мл*мин), БОП ($0,54 \pm 0,03$ мкг/мл) и ГАГ ($0,37 \pm 0,04$ 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 - $0,60 \pm 0,08$ мкг/мл*мин, концентрация БОП - $0,75 \pm 0,04$ мкг/мл, ГАГ - $0,68 \pm 0,03$ 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.

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

уделить данной проблеме более пристальное внимание.

Целью исследования явилось изучение особенностей формирования эпидемического процесса гепатита А на территории Саратовской области в период с 1983-2002 гг. В течение анализируемых 20-ти лет в Саратовской области доля гепатита А в структуре вирусных гепатитов снизилась с 97,8% в 1983 году, достигнув рекордно низкого уровня в 1999 году – 30,4% (снижение на 69%), а к 2002 году возросла до 42,9% (рост на 29%). За анализируемый период снижение показателя заболеваемости произошло на 68,4%; максимальный показатель заболеваемости превысил минимальный в 11,6 раз.

В двадцатилетней динамике заболеваемости гепатитом А в Саратовской области отмечено 2 эпидемических подъема через 11 лет. В 2000 году зарегистрирован очередной подъем заболеваемости гепатитом А, показатели заболеваемости превысили аналогичные на федеральном уровне на 35%. При анализе динамики заболеваемости гепатитом А в Саратовской области с учетом 2-х эпидемических циклов, отмечается четкая тенденция к ее неуклонному снижению; следующий периодический подъем заболеваемости ниже предыдущего в 1,8 раза.

Наивысшие показатели заболеваемости отмечались среди детей в возрасте 7-14 лет, что превышало аналогичный показатель среди совокупного населения в 2,8 раза.

В течение анализируемого 20-летнего периода на фоне снижения заболеваемости гепатитом А наметилась тенденция к уменьшению вовлечения в эпидемический процесс гепатита А детей в возрасте до 14 лет и увеличение долевого участия взрослых в формировании показателей заболеваемости: удельный вес детей в структуре заболеваемости снизился с 53,9% в 1983 году до 26,94% – в 2002 году.

Таким образом, динамика заболеваемости гепатитом А на территории Саратовской области характеризовалась подобными характеристиками и тенденцией, как и в целом по России. Изучение особенностей формирования эпидемического процесса гепатита А в области будет способствовать выбору оптимальных мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости данной инфекцией.

Влияние гирудотерапии на гомеостаз при инфекционных реактивных артритях

Каримов Х.Я., Абдувалиев А.А., Ризамухамедова М.З.
Второй Ташкентский Государственный медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

В последнее время к реактивным артритам (РеА) относят только заболевания, связанные с кишечной (иерисинии, сальмонеллы, кампилобактерии) и мочеполовой (хламидии, уреаплазмы) инфекциями, а также ассоциаций с ВИЧ-инфекцией. Характерным для РеА является склонность к хронически-рецидивирующему и торпидному течением заболевания. Этиологическая терапия хотя способствует эрадикационному воздействию, но тем не менее перманентное или пароксизмальное течение «стерильного» суставного

синдрома не редки. В связи с этим эффективное влияние на измененный гомеостаз при РеА является паритетным направлением.

Нами у 42 больных РеА использовано в комплексном лечении гирудотерапия (ГТ). Диагноз заболевания верифицирован на основании критерий, разработанных институтом ревматологии РАН. Помимо клинических данных изучены показатели гомеостаза – белок и его фракции, электролиты, коагулограмма, воспалительные тесты, ферменты иммунологические и другие биохимические константы периферической крови до и после курса ГТ. На курс назначалось 4 сеанса (до 6 пиявок в соответствующие точки). Контролем служили 18 больных РеА, получавших общепринятую терапию. Отмечено у больных РеА, получавшие ГТ более быстрая ликвидация суставного синдрома на фоне спонтанной нормализации большинства показателей гомеостаза, особенно со стороны острофазовых и иммунологических. Однако, у больных со светлой кожей и более светлыми прямыми волосами (9 человек) отмечено неяркий рецидив суставного синдрома. Данное обстоятельство указывает на необходимость индивидуального подхода при применении ГТ с учетом индивидуально-типологических особенностей больного – по Авиценне – мизаджа (натуры).

Таким образом, ГТ оказывая противовоспалительный, обезболивающий, иммуномодулирующий эффекты заметно оказывает положительное влияние на показатели гомеостаза, и требует дальнейших углубленных исследований, связанных с индивидуализацией её применения при РеА.

Применение фермента иммозимазы в лечении послеабортных метроэндометритов

Киселева Т.В., Пекарев О.Г., Маянская Н.Н.
Новосибирская Государственная медицинская академия, Новосибирск

Проблема искусственного аборта остается актуальной до настоящего времени, не смотря на большую работу акушеров-гинекологов по вопросам планирования семьи. Частота возникновения инфекционно-воспалительных осложнений после медицинского аборта составляет по данным литературы от 3,5 до 8%. Наиболее распространенным проявлением послеабортной инфекции является метроэндометрит, который развивается на вторые-третьи сутки после проведенного вмешательства.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения иммобилизованного протеолитического фермента “иммозимаза”, полученного методом радиационно-химической сшивки комплекса щелочных и бактериальных протеаз с растворимым носителем полиэтиленоксидом, в лечении послеабортных метроэндометритов.

Основную группу составили 50 пациенток с послеабортными метроэндометритами, в лечении которых, наряду с традиционной антибактериальной, противовоспалительной терапией, в полость матки ежедневно вводили по 5 – 7 мл раствора иммозимазы шприцом Брауна в течение 2 – 5 дней в зависимости