

НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Перова Н.Ю., Дедов А.В., Полунина О.С., Прокофьева Т.В., Воронина Л.П.

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО АГМА

Астрахань, Россия

Введение Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) поражает от 5 до 10% населения, преимущественно трудоспособного возраста, что обуславливает ее высокую социальную значимость. Открытие *Helicobacter pylori* позволило понять многое в механизмах ульцерогенеза. Вместе с тем, процессы репаративной регенерации, обеспечивающие заживление язвенного дефекта, изучены не в полной мере. Важным представляется роль ряда белков, адгезивных молекул, одним из которых является фибронектин (ФН), компонент плазмы и матрикса соединительной ткани.

Целью настоящего исследования было сопоставление динамики уровня плазменного ФН и темпа заживления язвенных дефектов (репаративной регенерации) у больных ЯБ.

Материал и методы Группа обследованных состояла из 132 больных ЯБ в возрасте от 16 до 65 лет, отобранных в случайном порядке. У 48 больных была ЯБ желудка, у 73 – 12-перстной кишки, у 11 – сочетанные язвы. Контрольную группу составили 36 практически здоровых лиц (доноры) в возрасте от 18 до 41 года. ФН плазмы (ФНП) определялся методом ИФА (тест-системы НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, Россия). Результаты исследований были обработаны методами вариационной статистики.

Результаты При ЯБ концентрация ФНП составила в среднем 258.6 ± 6.2 мкг/мл (от 55 до 450 мкг/мл), что достоверно ниже уровня ФНП в контрольной группе 348.9 ± 23.4 мкг/мл ($p < 0.001$). Отсутствовали значимые различия между группами больных ЯБ, отличающихся по локализации язвенного дефекта (12-п.к., желудок, желудок+12 п.к.) составляя соответственно 254.1 ± 40.3 , 270 ± 20.0 и 251.8 ± 18.1 мкг/мл.

Выделялись три градации снижения уровня ФН: умеренное снижение - до 200 мкг/мл; снижение средней степени - от 200 до 100 мкг/мл; максимальное снижение - меньше 100 мкг/мл. У 50% больных ЯБ желудка отмечалось умеренное снижение ФНП, снижение средней степени - в 35.4% и максимальное - в 14.6%. При ЯБ 12-перстной кишки эти цифры составляли соответственно 56.5, 34.8 и 8.7%, а при сочетанных поражениях 77.8- 22.2%-0%. Возможно, это связано с тем, что больные наблюдались в момент обострения, когда процессы репарации были мало выражены.

Абсолютное снижение концентрации ФНП может отражать нарушение репаративных процессов. В этой связи нами был исследован ФНП у 95 больных ЯБ в острую и подострую фазы, до и после лечения, проводимого согласно Стандартам МЗ РФ (1996 г., с изменениями), а также в фазу рубцевания, при успешной терапии.

У 91.9% больных (1 группа) наблюдалась стабилизация патологического процесса и повышение содержания ФНП. Так, если концентрация ФНП в острой фазе заболевания в среднем составляла 217.8 ± 9.8 мкг/мл, то после лечения (фазе рубцевания) - 357.2 ± 14.4 мкг/мл ($p < 0.001$). Невысокие цифры ФНП (144-170 мкг/мл) отмечались у 8,1% больных (2 группа), с длительным сохранением болевого синдрома, изжоги и отсутствием рубцевания язвы по данным гастроскопии.

Выводы

1. У больных ЯБ в острой фазе развивается количественный дефицит ФНП.
2. Выявлена четкая корреляция между рубцеванием язвы и содержанием ФН плазмы крови. При успешном лечении содержание ФНП достоверно повышается ($p < 0.001$). При отсутствии заживления концентрация ФНП остается низкой.

Наши данные подтверждают важную роль ФНП как маркера репарации тканей и его корреляцию с эффективностью процессов заживления при ЯБ.