фоне продолжающейся бактериальной контаминации.

Результаты исследования биоптатов из слизистой оболочки толстой кишки в фазе клинико-эндоскопической ремиссии НЯК после медикаментозной терапии свидетельствуют о достоверном уменьшении дистрофии эпителия, деформации ворсин, об исчезновении отека эпителия, нейтрофильной инфильтрации, утолщения мышечного слоя, являющихся морфологическим выражением язвенно-деструктивных изменений, крипт-абсцессов, об уменьшении явлений васкулита, нарастании лимфоцитарной и макрофагальной инфильтрации. Вместе с тем нарастали атрофия ворсин и грубоволокнистый фиброз в слизистой оболочке толстой кишки.

Данные морфометрического анализа свидетельствуют, что после медикаментозного лечения больных НЯК наблюдается восстановление количества и функциональной активности энтерохромаффинных клеток толстой кишки, продуцирующих серотонин. После начала лекарственной терапии больных НЯК в слизистой оболочке толстой кишки число апудоцитов, продуцирующих серотонин, понижается. Неспецифический язвенный колит в фазе обострения характеризуется высокой эластолитической активностью, повышением содеражания гликозаминогликанов и белковосвязанного оксипролина крови. Отсутствие у большинства больных неспецифическим язвенным колитом перфорации толстого кишечника можно объяснить ограничением распространения воспалительно-деструктивного процесса в более глубоких слоях стенки толстого кишечника за счет активных репаративных процессов, биохимическим маркером которых выступают белковосвязанный оксипролин и гликозаминогликаны.

Таким образом, активность воспалительно-деструктивного процесса в слизистой оболочке толстой кишки при неспецифическом язвенном колите тесно связана с числом и функциональной активностью энтерохромаффинных клеток слизистой оболочки толстой кишки, продуцирующих серотонин, и активностью эластазы крови.

Обострению неспецифического язвенного колита свойственен дисбиоз толстой кишки, характеризующийся образованием вирусно-грибково-микробных ассоциаций и оказывающий влияние на структурные особенности слизистой оболочки толстого кишечника. Значительное увеличение числа инфицированных цитомегаловирусом среди больных с обострением язвенного колита свидетельствует о роли данного вируса в поддержании эрозивно-язвенного процесса в слизистой оболочке толстого кишечника.

Морфометрический анализ серотонинпродуцирующих клеток слизистой оболочки толстой кишки, активность эластазы, содержание белковосвязанного оксипролина и гликозаминогликанов в крови при неспецифическом язвенном колите могут быть использованы в качестве дополнительных критериев, отражающих активность воспалительно-деструктивного процесса в толстой кишке; анализ указанных показателей в динамике заболевания позволяет определить полноценность клинико-морфологической ремиссии.

Повышение содержания белковосвязанного оксипролина крови как показателя, отражающего активность коллагенсинтетических реакций, характерно только для воспалительных заболеваний толстой кишки. Это позволяет использовать данный показатель в качестве дополнительного дифференциально-диагностического критерия воспалительной и функциональной патологии толстой кишки.

Работа представлена на V научную международную конференцию «Практикующий врач», 9-16 сентября 2006 г. Римини (Италия). Поступила в редакцию 28.02.2007 г.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ

Женило В.М., Черкасов М.Ф., Куртасов А.А., Буриков М.А., Внуков В.В., Кочубейник Н.В.
Ростовский государственный медицинский университет
Ростов-на-Дону, Россия

Учитывая тот факт, что степень выраженности гипоксии нередко является определяющим фактором, решающим исход того или иного заболевания, нами проанализировано применение гипербарической оксигенации в раннем послеоперационном периоде у 62 больных с желчнокаменной болезнью, оперированных лапароскопически. Это были 10 мужчин и 52 женщины в возрас-те от 11 до 75 лет. 41 больной (9 мужчин и 32 женщины) с аналогичной пато-логией и той же возрастной группы были выделены в контрольную группу и им ГБО терапия на бароаппарате БЛКС-300 не проводилась. Режим ГБО терапии подбирался с учетом индивидуальной чувствительности больных к кислородотерапии под повышенным давлением и состоял, как правило, из трех сеансов с первого дня послеоперационного периода при избыточном давлении 0,5-0,7 атм со временем изорессии 40 минут. Клинико-лабораторная оценка динамики состояния больных традиционными методами проводилась согласно разработанному в 2002г. управлением здравоохранения г. Ростова-на-Дону стандарту диагностики и лечения при болезнях органов пищеваре-ния. Кроме этого оценивались показатели газового состава крови, КЩС, сос-тояния про- и антиоксидантной систем, показатели системной гемодинамики и периферического кровообраще-

ния. Исследования проводились в исходе (до операции) на первые и вторые сутки послеоперационного периода и при вы-писке.

При оценке полученных результатов применения ГБО-терапии у больных ЖКБ, оперированных лапароскопически констатированы более ранняя акти-вация больных, более быстрое восстановление перистальтики кишечника, отсутствие нагноительных осложнений со стороны операционных ран без при-менения антибактериальных препаратов. Показатели традиционных исследо-ваний указывают на относительное увеличение количества лимфоцитов на фоне отсутствия палочкоядерного сдвига. Показатели газового состава крови нормализуются уже с первых суток послеоперационного периода (отсутст-вует снижение pO_2 и повышение pCO_2 венозной крови, КЩС при тенденции к отклонению в сторону ацидоза не выходят за рамки нормальных значений. Относительно стабильными остаются и показатели системной гемодинамики. Динамика показателей указывает и на активацию прооксидантных процессов (увеличение СПА, ВЭГиН при ХЛ) и компенсаторное увеличение активности антиоксидантных систем (повышение СОД и Sm при ХЛ) с последующей их нормализацией после третьего сеанса ГБО (в контрольной группе эти процессы восстанавливаются позже).

Вышеизложенное позволяет высказать предположение о благоприятном воздействии ГБО терапии при применении ее в ближайшем послеоперационном периоде у данной категории больных.

Работа представлена на VIII всероссийскую научную конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс», г. Москва, 14-16 мая, 2007 г.

КЛЕТОЧНОЕ ОБНОВЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ПИЩЕВОДА В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Исламова Е.А., Громов М.С., Чиж А.Г., Аверьянов П.Ф., Чиж А.А.
Военно-медицинский институт
Саратов, Россия

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по частоте встречаемости, вариантами течения и характеру осложнений приобретает лидирующее положение в структуре гастроэнтерологической заболеваемости (Шептулин А.А., 2000; Dent J., 1998; Jankowski J.A. et al., 1999).

Исследование молекулярных механизмов запрограммированной гибели клетки стала в последние годы одной из самых актуальных проблем медицины. Появляется все больше доказательств роли нарушений клеточного обновления в развитии и прогрессировании патологических процессов в пищеварительной системе (Белушкина Н.Н., Северин С.Е., 2001; Blake A.J., Gregory J.G., 1997; Haubrich W.S., 2000). В то же время, отсутствуют данные о взаимосвязи воспалительного процесса в слизистой оболочке пищевода с процессами клеточного обновления при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Нами были поставлены следующие задачи исследования:

1. Изучить процессы пролиферации и апоптоза у больных катаральной и эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

2. Выявить зависимость характера течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни от состояния процессов клеточного обновления эпителиоцитов пищевода.

Для решения поставленных в настоящей работе задач обследовано 150 человек, из них: 52 пациента с катаральным, 68 – с эрозивным эзофагитом и 30 больных хроническим диффузным гастритом.

Наблюдение за больными проводили по единой программе, включавшей общеклиническое обследование, внутрипищеводную pH-метрию, эзофагогастроскопию. При эзофагоскопии в ряде случаев при подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы эзофагогастродуоденоскопия сочеталась с полипозиционным рентгенологическим исследованием желудочно-кишечного тракта.

Материал для морфологического исследования получали прицельно под контролем эзофагогастроскопа из кардиального отдела пищевода выше Z-линии и антрального отдела желудка.

Для выявления апоптозных ядер использовали метод импрегнации по Мозеру (1995). Эпителиоциты, вступившие в различные стадии клеточного цикла, изучались иммуногистохимическим методом PCNA (proliferative cell nuclear antigen) с применением моноклональных антител к пролиферирующему клеточному ядерному антигену (клон PC10, Sigma, St.Louis, USA, титр 1:1000) с последующей электронной микроскопией структуры клеток.

Сравнительный анализ внутрипищеводной pH у больных с катаральной и эрозивной формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни подтверждает общепринятую точку зрения на важную роль кислой среды в формировании воспалительных и эрозивно-язвенных поражений нижней части пищевода. Так, по мере снижения уровня pH в нижней части пищевода с 3,5 до 2,6 отмечается трансформация катаральных изменений в эрозивные.

Предпринятая нами попытка выделить какие-либо патогномоничные симптомы или значимые диагностические критерии, позволяющие убедительно дифференцировать характер поражения слизистой оболочки пищевода, не увенчалась успехом. Дифференциация может быть дос-