

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированная терапия эналаприлом/гидрохлоротиазидом в ходе нашего исследования продемонстрировала высокую антигипертензивную эффективность, а также способность положительно влиять на процессы ремоделирования сердца и сосудов. Однако при длительном лечении исследуемая комбинация требует тщательного контроля биохимических параметров крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Caro J.J., Speckman J.L., Salas M., et al. // CMAJ. – 1999. – Vol. 160, № 1. – P. 41–46.

Kaplanov T.D., Ivanenko V.V., Ilyukhin O.V., Kalganova E.L., Lopatin Yu.M. Fixed combination of enalapril and hydrochlorothiazide as a drug for initial treatment of arterial hypertension // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2005. – № 3(15). – P. 51–56.

The article is focused on the results of a six-month open non-comparative research of the fixed combination of enalapril and hydrochlorothiazide (Enap-H) which were given for initial treatment of arterial hypertension (AH). Antihypertensive efficacy and Enap-H ability to influence cardiovascular remodeling were studied in 25 high risk AH patients who didn't receive drug therapy before. Research has shown high antihypertensive activity of the drug and its positive effect on the heart and vessels remodeling. However, Enap-H therapy caused significant increase of the uric acid level and this condition demands controlling blood biochemical parameters in the course of drug therapy.

УДК 616.36–08:542.63

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Д.Н. Емельянов, О.Ю. Свириденко, И.Ю. Стаценко, Р.Г. Мязин, А.В. Тумаренко
Кафедра пропедевтики внутренних болезней ВолГМУ

В настоящее время во всем мире, по данным Всемирной организации здравоохранения, наблюдается неуклонный рост числа больных хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП). В то же время неудовлетворенность результатами применения средств традиционной терапии, а также зачастую высокая стоимость лечения придает особую актуальность проблеме поиска новых способов терапии данной категории больных.

На базе кафедры пропедевтики внутренних болезней в течение последних лет происходило активное изучение новых способов медикаментозной и немедикаментозной терапии ХДЗП и внедрение данных методик лечения в клиническую практику.

К новым способам медикаментозного лечения больных ХДЗП относится терапия гипохлоритом натрия. Лечебное действие гипохлорита натрия (NaClO~) обусловлено отрицательным потенциалом молекул. Являясь донором активного кислорода, гипохлорит натрия вступает в реакции окисления с огромным количеством субстратов в биологических жидкостях организма, на мембранах клеток и внутри них. Ему свойственен широкий круг асептических и детоксикационных эффектов.

Проведено лечение 107 больных ХДЗП, из них 37 пациентов с хроническими вирусными гепатитами (В, С), 31 – с гепатитами невирусной

2. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al. // JAMA. – 2003. – Vol. 289, № 19. – P. 2560–2572.

3. Devereux R.B., Reichek N. // Circulation. – 1977. – Vol. 55. – P. 613–618.

4. Guidelines Committee // J. Hypertens. – 2003. – Vol. 21. – P. 1011–1053.

5. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure // Arch. Intern. Med. – 1997. – Vol. 157. – P. 2413–2446.

6. World Health Organization–International Society of Hypertension // J. Hypertens. – 1999. – Vol. 17. – P. 151–183.

этиологии и 39 – с циррозами печени. Для производства гипохлорита натрия в растворах терапевтических концентраций нами использовался аппарат электрохимической детоксикации организма "ЭДО-4". Больные проходили курс монотерапии гипохлоритом натрия. Препарат вводился внутривенно капельно в концентрации от 100 до 300 мг/л по 200–400 мл через день, с общим количеством процедур от 3 до 7. Перед курсом лечения и после него проводился клинический осмотр, а также всесторонние лабораторные исследования. Результаты полученных лабораторных данных до и после курса лечения отражены в табл. 1.

После курсового применения гипохлорита натрия у больных произошло достоверное снижение исходно повышенного уровня продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), нормализация активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) и снижение выраженности цитолитического синдрома. Пациенты отмечали уменьшение тяжести и выраженности болевого синдрома в правом подреберье, прекращение кожного зуда, нормализацию сна и аппетита. Важно отметить, что у части больных хроническими вирусными гепатитами В и С в сыворотке крови после курса лечения перестали определяться ДНК HBV и РНК HCV, а также наблюдалось уменьшение титров антител к HBV и HCV.

Таблица 1

Таблица 2

Показатели ПОЛ и АОЗ	До курса лечения	После курса лечения	Динамика показателя %
Малоновый диальдегид (мкмоль/л)	16,65±1,12	11,13±0,7	-33,1 %*
Диеновые конъюгаты (ед)	1,36±0,06	1,1±0,05	-17,3 %*
Каталаза (мкмоль/мл/мин)	18,6±0,54	19,8±0,5	+6,23 %*
Супероксиддисмутаза (у.е./мл)	1,93±0,12	2,24±0,1	+16,0 %*
Глутатионпероксидаза (мкмоль/мл/мин)	1,54±0,22	1,63±0,16	+5,81 %*
Печеночно-специфические ферменты:			
Сывороточная урочаниназа (ед)	1,1±0,3	0,47±0,1	-57,4 %*
Сывороточная гистидаза (ед)	0,86±0,18	0,26±0,06	-69,3 %*
Аланинаминотрансфераза (МЕ/л)	0,6±0,1	0,42±0,1	-29,4 %*
Аспартатаминотрансфераза (МЕ/л)	0,27±0,03	0,19±0,04	-29,0 %
Билирубин общий (мкмоль/л)	37,93±7,9	18,83±2,5	-50,4 %*

Примечание. Здесь и в табл. 2: * p<0,05.

Таким образом, терапия гипохлоритом натрия оказывает выраженный антиоксидантный эффект, а также возможное вирусостатическое действие в отношении вирусов гепатита В и С. Перечисленные положительные эффекты достоверно сохранялись в течение 3–6 месяцев после лечения.

В последние годы у больных ХДЗП нами также широко используется метод транскраниальной электростимуляции (ТЭС), предложенный В.П. Лебедевым. ТЭС – это метод электротерапии, при котором достигается избирательная активация центральных регуляторных систем путем воздействия специально подобранным слабым электрическим сигналом на срединные структуры головного мозга. Для проведения ТЭС-терапии использовался прибор "Трансаир-01". Курс лечения состоял из 7–10 процедур в виде монотерапии. Воздействие проводилось через фронтально-мастоидальные электроды импульсным биполярным промодулированным током частотой 77 Гц, длительностью импульса до 3,5 мс и силой тока до 3 мА. Длительность процедуры составляла 20–30 минут. Курс ТЭС был проведен

Показатели ПОЛ и АОЗ	Жировой гепатоз (динамика)	Хронический гепатит (динамика)	Цирроз печени (динамика)
Малоновый диальдегид (мкмоль/л)	-24,7 %*	-5 %*	-24,6 %*
Каталаза (мкмоль/мл/мин)	-18,9 %*	+11,7 %*	+2,5 %
Супероксиддисмутаза (у.е./мл)	+15,6 %*	+0,5 %	+8,5 %
Глутатионпероксидаза (мкмоль/мл/мин)	+6 %	+14,3 %	+2,8 %
Печеночно-специфические ферменты:			
Сывороточная урочаниназа (ед)	-79,5 %*	-50,2 %*	-81,4 %*
Сывороточная гистидаза (ед)	с 0,15 до 0	-60,4 %*	-87,7 %*
Сериндегидратаза (мкмоль/л.ч)	-26,9 %*	-30 %*	-34 %*
Треониндегидратаза (мкмоль/л.ч)	-18,8 %*	-26 %*	-30 %*
N-ацетил-b-D-глюкозаминидаза (нмоль/мл/мин)	-4,1 %*	-35 %*	-34,6 %*

142 больным ХДЗП. Среди пролеченных 44 пациента страдали циррозом печени, 68 – хроническим гепатитом и 30 – жировым гепатозом. После курса ТЭС-терапии у пациентов улучшались показатели ПОЛ, АОЗ, печеночно-специфических ферментов. Наблюдалась положительная динамика при исследовании системной и внутрипеченочной микрогемодикуляции. Больные отмечали улучшение самочувствия, выразившееся в уменьшении слабости, улучшении сна, увеличении работоспособности. Результаты лабораторных исследований, проводившихся до и после курса ТЭС, в суммарном виде представлены в табл. 2.

Таким образом, терапия гипохлоритом натрия является новым способом медикаментозной, а транскраниальная электростимуляция – новым способом немедикаментозной терапии хронических диффузных заболеваний печени. Важной особенностью лечения гипохлоритом натрия является его возможное вирусостатическое действие в отношении вирусов гепатита В и С. Отличительной особенностью транскраниальной электростимуляции является ее выраженный психотерапевтический эффект, проявляющийся в улучшении самочувствия больных и уменьшении жалоб. Данные методы лечения перспективны, экономичны и общедоступны в практической медицине, что позволяет шире внедрять их в кли-

ническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петросян Э.А., Каде А.Х., Петровский А.Н. и др. // Эфферентная терапия. – 2000. – Т. 6, № 3. – С. 62–67.

Emelyanov D.N., Sviridenko O.Yu., Statrenko I.Yu., Myasyn R.G., Tumarenko A.V. Modern medicinal and non-medicinal methods of treating chronic diffuse liver diseases // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2005. – № 3(15). – P. 56–58.

107 patients with chronic diffuse liver diseases were given infusions of sodium-hypochlorite and 142 patients were treated with the help of transcranial electrostimulation. The levels of lipid peroxidation and antioxidative enzymes activity, liver-specific enzymes and intrahepatic hemodynamics were determined before and after the therapy courses. The treatment revealed positive dynamics of all indices. Therefore, the treatment with sodium-hypochlorite and transcranial electrostimulation are new, effective medicinal and non-medicinal methods in patients with chronic diffuse liver diseases.

2. Лебедев В.П., Рычкова С.В., Мелихова М.В. Экспериментальное обоснование применения транскраниальной электростимуляции эндорфинных систем мозга в гастроэнтерологии. – Санкт-Петербург: Гастро-99. – С. 327.

УДК 616.31:681

ДИФFUЗНАЯ ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА И НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССОВ КЛЕТОЧНОГО ОБНОВЛЕНИЯ КОЛОНОЦИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ТЯЖЕСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

А.М. Осадчук, В.Т. Ивашкин

Самарский военно-медицинский институт, Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова

Увеличение частоты заболеваемости, непредсказуемость течения неспецифического язвенного колита (НЯК), преимущественное поражение лиц молодого возраста, дискутабельный характер основных этиопатогенетических факторов, наличие осложнений, опасных для жизни, обуславливает особую актуальность данной патологии [1].

В настоящее время полагают, что основные процессы повреждения кишечника и последующая малигнизация при НЯК связаны с нарушением регенерации и незавершенным апоптозом [2]. При этом течение процессов клеточного обновления эпителиоцитов регулируется циклин-зависимыми протеинкиназами и диффузной нейроэндокринной системой. Их изучение при НЯК может явиться основой для выявления ранних патогенетических, диагностических и прогностических признаков [5, 6, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить новые патогенетические механизмы возникновения и прогрессирования неспецифического язвенного колита и на основе изучения клеточного обновления эпителиоцитов кишечника и диффузной нейроэндокринной системы разработать новые диагностические и прогностические критерии течения данной патологии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 120 больных НЯК. Легкое течение НЯК диагностировалось у 40, течение средней тяжести у 40 и тяжелое течение заболевания у 40 больных. В основу разделения больных на группы по степеням тяжести НЯК легла классификация *Truelove* и *Witts* 1955 года с обновленными рекомендациями Г. Адлера (2001).

Группы сравнения составили 24 практически здоровых человека (1-я группа), 64 больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) 1-го типа без атрофических изменений слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) (2-я группа), 64 больных (3-я группа) СРК 2-го типа с наличием атрофии слизистой оболочки толстой кишки. Верификация СРК базировалась на Римских критериях II (1999). Больные и здоровые обследовались по единой программе, включающей клинико-эндоскопическое, морфологическое, иммуногистохимическое и электронно-микроскопическое исследования. Больные НЯК были обследованы также в период ремиссии заболевания.

У всех обследованных при колоноскопии была взята биопсия слизистой оболочки средней трети сигмовидного отдела толстой кишки. После фиксации биопсийного материала депарафинированные срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали гематоксилином-эозином. Для выявления апоптотных ядер исследуемый материал импрегнировали по Мозеру (1995). Гибель клеток в форме апоптоза определяли по индексу апоптоза ($I_{АПТ}$) по формуле $I_{АПТ} (\%) = N$ (число апоптотных ядер, окрашенных по методу Мозера)/ N (общее число ядер) $\times 100$. С целью верификации пролиферирующего клеточного ядерного антигена [PCNA] использовали моноклональные антитела (клон PC10, Sigma, St. Louis, USA, титр 1:1000). Дефиниция циклина D_1 достигалась с помощью моноклональных антител (Novocastra, UK, титр 1:500).

Депарафинированные срезы инкубировались в течение ночи в фосфатно-солевом буфере (ФСБ, pH 7,2) при 40 °С. После промывки в ФСБ проводили блокаду эндогенной пероксидазы в 0,3 % растворе перекиси водорода в течение