

В группе больных ОА без синовита, в сравнении со здоровыми лицами, при поступлении на лечение было обнаружено повышение активности только ДОДГэр ($p=0,030$), активность фермента в лимфоцитах и плазме крови сохранялась на уровне нормальных значений. В процессе проводимой терапии наблюдали снижение активности ДОДГ во всех 3-х средах, однако через 10 дней выявленные различия были не достоверными. По окончании курса лечения произошло дальнейшее снижение активности ДОДГэр ($p=0,004439$), ДОДГл ($p=0,041390$). В отличие от данных, полученных при первичном обследовании, активность ДОДГэр и ДОДГл была ниже ($p=0,012$; $p=0,045$, соответственно). Энзимные показатели во всех биологических средах не отличались от показателей группы практически здоровых лиц.

При сравнении энзимных показателей больных ОА в зависимости от наличия синовита было выявлено, что у больных с синовитом активность ДОДГ в лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови была выше, чем у больных ОА без синовита (все $p < 0,001$).

О наличии синовита при ОА свидетельствуют: активность ДОДГэр $> 1,00$ нмоль/ 10^8 эр./мин; активность ДОДГл $> 4,45$ нмоль/ 10^7 лимф./мин; активность ДОДГпл $> 4,28$ нмоль/мл/мин.

Выводы. Таким образом, при ОА выявлены изменения активности ДОДГ в лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови, зависящие от выраженности воспалительных явлений в пораженных суставах. Полученные данные свидетельствует об участии в патогенезе ОА изменений в системе обмена пиримидиновых нуклеотидов. Включенные в исследование энзимные тесты могут быть рекомендованы для рассмотрения в качестве дополнительных диагностических критериев ОА и явлений синовита в пораженных суставах.

185. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ.

Мордасова В.И., Свиридова Т.Н., Зверева Е.Е., Тимченко Л.И., Карасева В.В.

ГУЗ Воронежская Областная клиническая больница №1, ГОУ ВПО «Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Воронеж, Россия.

Для правильной клинической интерпретации и разработки оптимальной программы лечения конкретного пациента с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) каждый клинический случай заболевания следует оценить по локализации и протяженности воспалительного процесса в толстой кишке, характеру течения и тяжести обострения.

Цель: в исследовании изучалась корреляция между клинической активностью НЯК (классификация по Трулав и Виттс) и уровнем фекального кальпротектина.

Материалы и методы: в исследование включено 14 пациентов с НЯК в возрасте от 21 до 43 лет (средний возраст 35 лет), из них женщин 9 (64%), мужчин – 5 (36%). Всем больным проводилось эндоскопическое исследование (фиброколоноскопия) с морфологической верификацией диагноза, рентгенологические методы и

определялся фекальный биомаркер кальпротектин (методом ИФА).

Результаты исследования: средняя длительность заболевания составила 4,5 года. По распространенности поражения пациенты распределились следующим образом: тотальный колит – 4 больных (28,6%), субтотальный – 3 больных (21,4%), левосторонний – 5 больных (35,7%), дистальный – 2 пациента (14,3%). По степени тяжести заболевания пациенты были разделены на две группы: среднетяжелое течение отмечалось у 9 человек (64,3%) – I группа, тяжелое течение – у 5 человек (35,7%) – II группа. В каждой группе, с учетом степени активности заболевания определялась концентрация фекального кальпротектина. В I группе средняя концентрация фекального кальпротектина составила 450,1 мкг/г, во II группе – 537,5 мкг/г. В целом в обеих группах уровень фекального кальпротектина наблюдался от 90 до 600 мкг/г (средняя величина – 493,8 мкг/г, что составляет 9,9 N).

Выводы: в данном исследовании показана четкая корреляция между степенью клинической активности НЯК и уровнем фекального кальпротектина.

186. СВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ И УРОВНЕМ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА.

Мордасова В.И., Свиридова Т.Н., Речмедина В.И., Ольховик И.Ю.

ГУЗ Воронежская Областная клиническая больница №1, ГОУ ВПО «Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», МУЗ ГП №3, МУЗ городская больница №10 Воронеж, Россия.

В настоящее время время клинические показатели активности Болезни Крона (БК) еще недостаточно изучены. Точная оценка активности заболевания имеет большое значение для правильного лечения пациентов с целью индукции и поддержания ремиссии.

Цель: выявить зависимость между клинико-эндоскопической и биологической активностью болезни Крона толстой кишки.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 6 пациентов с БК толстой кишки в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст составил 46 лет); женщины и мужчины среди них распределились поровну. Всем больным проводилось эндоскопическое исследование (фиброколоноскопия) с морфологической верификацией диагноза, рентгенологические методы исследования, определялся индекс активности заболевания (по Best W.R.) и концентрация биологического маркера – фекального кальпротектина (методом ИФА).

Результаты исследования: средняя длительность заболевания составила 7,2 года. По локализации поражения пациенты характеризовались следующим образом: илеоцекальный отдел – 4 больных (66,7%), толстая кишка – 2 больных (33,3%); у одного пациента имелось поражение перианальной области. С учетом индекса активности БК (по Best W.R.) пациенты были распределены на две группы: умеренная активность отмечалась у 4 человек (66,7%) – I группа, высокая