

**ГЕПАТИТЕ, ФОРМИРУЮЩЕМСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ МЕТАЛЛОПОЛЮТАНТОВ**

Гутникова А.Р., Байбеков И.М., Саидханов Б.А.,  
Ашурова Д.Д., Махмудов К.О.

РСЦХ им. Акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить изменение ультраструктуры гепатоцитов при токсическом гепатите, развивающемся при хроническом воздействии металлополлютантов.

Методы. Исследования выполнены на 70 белых крысах массой 150-180г. Интоксикацию моделировали внутрибрюшинным введением композиционной смеси из солей меди, марганца, молибдена и хрома, типичных для Ташкентской области, взятых в соотношении Cu:Mn:Mo:Cr=100: 19: 16: 2, что соответствует соотношению их содержания в почве в зоне АГМК. Смесь вводили через день в течение 4 недель. Максимальное содержание каждого из металлов в смеси не превышает DL<sub>10</sub>. Ультратонкие срезы ткани печени, полученные на ультратоме «Ultracut», контрастировали в аппарате «Ultrastainer» и просматривали в электронном микроскопе Hitachi H-600.

Результаты. Установлено, что при поступлении металлополлютантов формируются выраженные изменения ультраструктуры гепатоцитов и синусоидов. Эти изменения характеризуются мозаичностью. В некоторых гепатоцитах отмечается расширение профилей ЗЭС, снижение содержания гликогена, уменьшение просветов пространств Диссе. Расширение профилей ЗЭС сопровождается умеренным расширением перинуклеарных пространств, уменьшением числа ядерных пор в ядерной оболочке.

Наиболее типичным ультраструктурным проявлением изменений гепатоцитов является резкое набухание митохондрий с выраженным просветлением их матрикса и редукцией крист. Это сопровождается появлением митохондрий причудливой формы. Часто встречаются подковообразные митохондрии.

В части митохондрий выявляются миелиноподобные тельца. Это указывает на биодegradацию этих органелл. Отмечается расширение жёлчных канальцев. У полюсов гепатоцитов вблизи канальцев часто встречаются электронноплотные тельца, типа лизосом. Отмечено увеличение содержания лизосом в цитоплазме гепатоцитов. Это нередко сопровождается гипертрофией комплекса Гольджи гладкой эндоплазматической сети (ГЭС). Розетки гликогена при этом становятся меньше, и часто встречаются единичные гранулы этих включений. Наряду с возрастанием числа профилей ГЭС в цитоплазме клеток появляются крупные вакуоли с хлопьевидным содержимым низкой электронной плотности или же гомогенные электроннопрозрачные. По размерам они сопоставимы с размерами ядер. Это нередко сопровождается переполнением синусоидов гомогенным содержимым, скоплением эритроцитов и других клеток крови. Некоторые гепатоциты содержат липидные гранулы, которые по размерам меньше, описанных выше образований с гомогенным или хлопьевидным содержимым. Нередко в гепатоцитах выявляются большие поля практически лишённых органелл за исключением мелких митохондрий. Эти поля образованы

гомогенным электронносветлым веществом и, видимо, представляют собой проявления гидропической дистрофии с переходом в баллонную дистрофию.

**Вывод.** При токсическом гепатите, развивающемся под влиянием металлополлютантов, характерных для зоны воздействия АГМК- основного металлургического комплекса в Ташкентской области, формируются полиморфные мозаичные изменения гепатоцитов, проявляющиеся в гипертрофии ЗЭС, комплекса Гольджи, увеличении содержания лизосом, гидропической дистрофии, расширении жёлчных канальцев, просветов синусоидов, набухания и деградации митохондрий.

#### 075. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Гутнова С.К.

ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Владикавказ, Россия.

Кафедра терапии с общей врачебной практикой (семейной медициной) ФПДО

Одним из инструментов, с помощью которого можно осуществлять контроль за эффективностью лечения являются опросники качества жизни (КЖ).

**Цель исследования** – изучить влияние низкоинтенсивной лазерной терапии на качество жизни больных хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы.** Всего обследовано 185 больных хроническим панкреатитом. В основной группе (138 больных – 74,6%), наряду с традиционной комплексной медикаментозной терапией проводилась низкоинтенсивная лазерная терапия различными методами (накожный, внутривенное лазерное облучение крови, комбинированный). В контрольную группу вошли 47 больных (25,4%), которые получали только медикаментозную терапию.

Оценка качества жизни проводилась с помощью международного опросника SF-36 и специализированного опросника тяжести гастроэнтерологических симптомов GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) в трех точках наблюдения – при поступлении, через 2 недели и через 3 месяца.

**Результаты и их обсуждение.** В опроснике SF-36 большее значение в шкале соответствует лучшему показателю КЖ. Анализ анкет пациентов показал исходное снижение качества жизни больных ХП по сравнению с группой здоровых и в основной и в контрольной группах по всем 8 шкалам опросника – физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RF), шкале боли (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособности (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психологическое здоровье (MH)

Результаты анализа выявили достоверное улучшение по всем показателям КЖ у больных ХП в основной группе после проведенной терапии, за исключением показателя общее здоровье (GH), достоверное изменение которого произошло через три месяца. Так, в основной группе после лечения отмечалось приращение показателя КЖ по шкале

физического функционирования до 53,9±5,2 баллов ( $p<0,05$ ), ролевого функционирования до 55,7±1,8 баллов ( $p<0,001$ ), шкале боли до 57,2±5,9 баллов ( $p<0,01$ ), жизнеспособности до 61,7±8,9 баллов ( $p<0,01$ ), социального функционирования до 53,2±4,7 баллов ( $p<0,01$ ), эмоционального функционирования до 54,6±2,7 баллов ( $p<0,001$ ) и психологического функционирования до 52,4±8,4 баллов ( $p<0,01$ ). Указанные результаты свидетельствуют о повышении физической активности, расширении повседневной деятельности пациентов, повышении оценки состояния здоровья и жизненной активности, улучшении эмоционального состояния и устранении депрессивных, тревожных переживаний после проведенной терапии.

В контрольной группе после проведенной терапии существенная динамика была отмечена по шкале социального функционирования (SF) – показатель повысился до 33,9±8,02 баллов ( $p<0,01$ ) и через три месяца по шкале боли (BP) – показатель повысился до 42,9±5,6 баллов ( $p<0,05$ ).

В опроснике GSRS меньшее значение в шкале соответствует лучшему показателю КЖ. При анализе анкет пациентов установлено снижение качества жизни по всем 5 шкалам опросника – абдоминальному болевому синдрому, рефлюкс синдрому, диарейному синдрому, диспепсическому синдрому, синдрому запоров.

По всем пяти шкалам получены статистически значимые свидетельства лучшего качества жизни после проведенной терапии у больных ХП в основной группе – по шкале абдоминального болевого синдрома показатель понизился с 12,4±2,3 до 2,9±1,6 баллов ( $p<0,01$ ), по шкале рефлюкс-синдрома с 13,9±1,4 до 3,9±1,4 баллов ( $p<0,001$ ), по шкале диарейного синдрома с 10,7±2,5 до 3,2±1,3 баллов ( $p<0,01$ ) и по шкале синдрома запоров через три месяца с 10,1±2,2 до 4,1±2,1 баллов ( $p<0,05$ ). Суммарный индекс КЖ при этом достоверно снизился после лечения с 62,1±5,6 до 21,3±6,1 ( $p<0,001$ ).

В контрольной группе достоверное понижение показателя и улучшение качества жизни произошло только по двум шкалам – рефлюкс синдрома с 12,6±2,2 до 6,9±1,9 ( $p<0,05$ ) и через три месяца по шкале диспепсического синдрома с 20,1±2,2 до 12,3±2,6 баллов ( $p<0,05$ ). Суммарный индекс КЖ при этом достоверно снизился через три месяца наблюдения с 59,8±5,4 до 41,3±5,7 баллов ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, по результатам общего опросника SF-36 и специализированного гастроэнтерологического опросника включение низкоинтенсивной лазерной терапии в комплексную терапию больных хроническим панкреатитом в фазе обострения способствует достоверному и более быстрому улучшению качества жизни.

#### 076. ПРОДУКЦИЯ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ.

Гутнова С.К.

ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Владикавказ, Россия.

Кафедра терапии с общей врачебной практикой (семейной медициной) ФПДО