Медицинские науки

ЛЕКТИНЫ - КАК МАРКЕРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ТКАНЯХ

Аверьянов П,Ф., Медведева А.В.
Саратовский государственный медицинский университет. Саратов

Лектины - это группы белков неимунного происхождения, обладающих общими свойствами обратимо и избирательно связывать углеводы и углеводные детерминанты биополимеров без изменения их ковалентной структуры. Сродство лектинов к простым углеводам - моно-, ди-, редко олигосахаридам, определяемое по угнетению реакции гемагглютинации в их присутствии, является в настоящее время основным фактором, который учитывается при проведении гистохимических реакций с применением лектинов. В настоящее время в арсенале исследователей имеется большое количество лектинов, адаптированных для изучения и характеристики гликоконъюгатов клеток и тканей человека. Для обработки лектинами используют чаще срезы, полученные путем заключения материала в плотные среды (парафин).

Нами было исследовано 10 пар яичников плодов, со сроком гестации от 20 до 40 недель при нормальном течении беременности и в патологии. У контрольной группы в ходе овогенеза максимальное накопление рецепторов различных лектинов обнаруживают примордиальные и зреющие фолликулы. Отмечено, что созревание фолликулов сопровождается редукцией рецепторов лектина арахиса и увеличением синтеза рецепторов лектина завязей пшеницы. Интересно и то, что на поверхности фолликула лектинсвязывающие гликоконъюгаты могут функционировать и как рецепторы гормонов, оказывая тем самым существенное влияние на ход созревания фолликулов и, в дальнейшем, на овуляцию. При патологическом течении беременности матерей (гестозы, угрозы прерывания беременности) у плодов в яичниках была отмечена обратная тенденция: уменьшение количества рецепторов лектинов завязей пшеницы и бобовника при одновременном увеличении содержания рецепторов лектина арахиса в примордиальных и зреющих фолликулах (по сравнению с таковыми у контрольной группы).

Анализ представленного материала позволяет заключить, что малейшие изменения в жизнедеятельности клеток и тканей неизбежно отражаются на составе и характере распределения рецепторов лектинов поверхности цитомембран, что служит одним из наиболее ранних и достоверных признаков развития какой-либо патологии в этих тканях.

Работа представлена на научную III Общероссийскую конференцию «Проблемы морфологии» (теоретические и клинические аспекты) (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО-РЕФЛЮКСНЫЙ СИНДРОМ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Басиев З.Г., Гаглоев Н.И., Басиева О.З.
Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

В патогенезе болезней органов дыхания в ряде случаев играют роль болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Формирование бронхиальной астмы (БА) может происходить из-за последствий гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), о чем имеются немногочисленные сообщения в России и зарубежом. Непроизвольный рефлюкс-эзофагит возникает вследствие частого заброса содержимого желудка, а у части больных и двенадцатиперстной кишки, при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, ожирении, неврологических болезнях с нарушением регуляторных механизмов и др. Установлена также роль ятрогенных факторов – частый прием препаратов теофиллинового ряда, М-холинолитиков, противовоспалительных средств, алкоголя, наркотических препаратов и др. Способствуют рефлекс–патологии гипотония дистального сфинктера пищевода и повышенное давление в брюшной полости, спазм гладкой мускулатуры ЖКТ, в том числе при пищевой аллергии. Такая рефлюксная болезнь встречается у 10-14% взрослого населения (Палеев Н.Р. и соавт. 2002). На патогенетическую роль ГЭР при БА указывают И.М.Бейтуганова и А.Г.Чучалин (2000). Диагностика ГЭР на фоне развернутой картины БА порой затруднена. Лечение БА, связанной с ГЭР, недостаточно изучено. Нами обследовано 48 больных БА в возрасте 17-72 лет, у которых клинически и при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), а в части случаев рентгенологически был установлен ГЭР. У 32 из них имелась инфекционнозависимая, у 16 – атопическая БА, в том числе в 28% установлена гормонозависимость с длительным приемом системных ГКС. При ЭГДС был выявлен дистальный эзофагит 1-3 ст., который сочетался с гастритом (9), язвенной болезнью (7), гастродуоденитом (7), у 4 больных диагностирован дисбактериоз, у 6 – дискинезия желчных путей. Часто БА сочеталась с неврологической патологией (астено-невротический синдром, недостаточность мозгового кровообращения и др.). При эндоскопии у всех больных были выявлены поражения бронхов (диффузный, частично-диффузный гипертрофический или атрофический бронхиты, а в половине случаев с трахеобронхиальной дискинезией). В лечении сочетания БА и ГЭР наряду с базисными антиастматическими средствами применялись эзофагогастротонические препараты (церукал), антациды (маалокс), противовоспалительные средства (вентер), антагонисты дофаминовых рецепторов (мотилиум) и др. Положительное действие оказывало также низкоинтенсивное лазерное воздействие на кардию, дистальный отдел пищевода и на паравертебральные зоны. При такой комбинированной терапии достигалась достаточная стабилизация эзофагеального и астматического процессов с достижением улучшения в 86% случаев. В последующем

больным рекомендовались противорецидивные курсы терапии, нормализация образа жизни, соблюдение диеты и режима питания, прием средств по урегулированию функции ЖКТ.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Басиев З.Г., Басиева О.З., Абаев О.И., Цеова В.С.
Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

Бронхиальная астма (БА) в силу своей распространенности является частой причиной госпитализации в пульмонологические, общетерапевтические и реанимационные отделения. Обострения болезни требуют установления причинных факторов, уточнения диагноза, тяжести состояния, нередко проведения дифференциальной диагностики. Располагая достаточно большим опытом обследования и лечения больных БА, убедились в необходимости более широкого применения инструментальных методов исследования при этой патологии. Среди них наиболее часто использовали пневмотахометрию с уровневым определением скорости прохождения воздушного потока, фибробронхоскопию (ФБС). При проведении ФБС во всех случаях производился бронхиолоальвелярный лаваж (БАЛ) и микробиопсия для цитологического анализа. Во всех случаях больные подвергались рино- и ларингоскопии. Как правило, при поступлении выполнялись стандартные исследования (клинико-лабораторные, бактериологические, рентгенологические, проводились ЭКГ, ЭхоКГ, вентилометрия с бронхомоторным тестированием, факультативно – иммунологические и другие методы диагностики). После комплексной оценки этих показателей решался вопрос о других дополнительных инструментальных методах исследования. Ежегодно нами производится 300-350 ФБС, среди которых больные БА составляют в среднем 25-28%. Кроме визуальной оценки состояния бронхов производится малотравматичная биопсия слизистой для цитологического исследования, применяется БАЛ для цитологического и бактериологического исследования лаважной жидкости, определялись компоненты сурфактанта. При ФБС наиболее часто выявлялся гипертрофический бронхит с явлениями отека, гиперреактивностью и трахеобронхиальной дискинезией (32%), реже (18%) – атрофические процессы с вязким студнеобразным секретом, а также диффузные и частично диффузные катаральные эндобронхиты (38%) и их сочетания с гнойным бронхитом (12%). Во время ФБС одновременно выполнялись лечебные процедуры – аспирации, введение лекарственных и моющих средств, производились блокады с фармакологическими препаратами, а также лазерная обработка бронхов (длина волны 630 нм в постоянном режиме и мощностью 4-5мВт по 3 мин с каждой стороны). В динамике исследовалась функция внешнего дыхания и скоростные показатели (МОС 25, МОС 50, и МОС 75). Наряду с этими методами всем больным производилась УЗИ внутренних органов, а по показаниям зофагогастродуоденоскопия (болезни ЖКТ, гастроэзофагеальный рефлюкс и др.). Таким образом, инструментальные исследования являются существенными в уточнении диагноза, тяжести состояния больных, они определяют план и эффективность лечения.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ТРАНСЛИМФАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Басиев З.Г., Басиева О.З.
Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

В лечении болезней органов дыхания (БОД) традиционными являются энтеральный и парентеральный пути введения фармакологических средств, при которых оказывается системное воздействие на организм. В то же время при БОД наиболее часто требуется создание достаточно высокой терапевтической концентрации препаратов в бронхолегочном аппарате. Внутривенный, внутримышечный и подкожный способы введения нередко не обеспечивают в нем должного уровня и продолжительности воздействия препаратов. Работами Ю.М.Левина (1983,1999), Р.Т.Панченкова и соавт. (1984), Ю.И.Бородина и соавт. (1998) и др. установлена высокая эффективность метода транслимфальной терапии (ТЛТ), когда лекарственные средства вводятся эндолимфатическим путем или через коллекторы лимфатической системы – лимфоузлы. Известно, что лимфоузлы выполняют роль биологических фильтров и располагаясь на путях лимфотока осуществляют многофакторную функцию (очистительную, транспортную, иммунокорригирующую и др.). Для транслимфатического введения наиболее часто используется эндолимфатический метод с хирургической мобилизацией лимфатического сосуда и проведением катетера, что требует условий операционной, специального инструментария, хирургических навыков, персонального наблюдения больных и т.д. В настоящее время в центрах клинической лимфологии, лимфотерапии и эндоэкологии достаточно хорошо и подробно разработан метод нехирургического введения препаратов в зоне прилегающей к крупным лимфатическим узлам. Нами использована технология транслимфальной терапии с введением препаратов в клетчатку области паховых лимфоузлов. Метод ТЛТ нами был применен у 32 больных с различной бронхолегочной патологией и полирезистентностью микробной флоры при недостаточной эффективности предшествующего лечения. В половине случаев больные имели деструктивные процессы в легких (стафилококковая пневмония с распадом, абсцесс, гангрена и др.). Для улучшения проходимости пре- и постузловых коммуникаций предварительно с помощью специальных катетеров в зоне лимфоузлов пред-