

*Медицинские науки***ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ В ОЦЕНКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ**

Бердюгина О. В., Бердюгин К. А.

*Государственное учреждение здравоохранения,
Свердловская областная клиническая больница №1,
Екатеринбург*

Традиционное использование некоторых лабораторных тестов в оценке воспалительной реакции при повреждении костно-мышечной системы утратило свою актуальность в связи с малой информативностью ряда общепринятых методик. Разработка системы лабораторного обследования больных данного профиля в зависимости от способа решения лечеб-

ной задачи является актуальным вопросом современной лечебной практики.

Появившиеся в последнее время современные лечебно-реабилитационные технологии, обладающие высокой медико-экономической эффективностью, требуют разработки индивидуального комплекса лабораторных исследований для оценки состояния пациента на этапах лечения, в том числе и динамического, для исключения воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. В таблице 1 приведены наиболее информативные показатели для оценки послеоперационных воспалительных осложнений в травматолого-ортопедической практике.

Таблица 1. Лабораторные критерии оценки состояния больного в послеоперационном периоде (* - <0,05)

Показатели	До операции	3 сутки после операции	10 сутки после операции
Лейкоцитарная реакция:			
Нейтрофилы, * 10 ⁹ /л	3,58±0,24	4,81±0,28	4,72±0,32*
Активность фагоцитоза, * 10 ⁹ /л	3,43±0,25	4,66±0,37*	4,31±0,32
Лейкоцитарный индекс интоксикации, ед.	1,01±0,12	1,40±0,20	1,20±0,10
Белки острой фазы:			
СРБ, мг/л	10,37±1,33	288,75±62,51*	297,39±41,34
Гаптоглобин, г/л	1,17±0,11	1,57±0,15	1,51±0,13
Фибриноген, г/л	2,87±0,26	3,53±0,36	4,45±0,29*
Церулоплазмин, г/л	0,31±0,03	0,31±0,03	0,42±0,03*
Некоторые структурно-оптические показатели <u>нативной сыворотки</u> :			
конфокальные домены (размер), ед.	0,18±0,10	0,35±0,18	0,09±0,06
игольчатые структуры регулярной формы (количество), ед.	0,52±0,22	0,24±0,14	0,25±0,11
<u>сыворотки в солевой среде</u>			
сферолиты (количество), ед.	0,48±0,15	0,35±0,17	0,50±0,16
дендриты (количество), ед.	0,96±0,18	0,88±0,19	0,46±0,18*
игольчатые кристаллы регулярной формы (размеры), ед.	0,16±0,10	0,18±0,18	0,31±0,15
игольчатые кристаллы групповой формы (размеры), ед.	0,16±0,10	0,06±0,06	0,31±0,15

Актуальной задачей современных исследований является поиск интегральных характеристик структурно-метаболических изменений биологических жидкостей при патологических процессах. Инструментом в ее решении служит анализ структурно-оптических параметров биожидкости, в частности –

способности к образованию текстур (кристаллообразованию).

Использование некоторых современных методов диагностики (изучение структурно-оптических свойств биожидкостей) позволило разработать критерии оценки воспалительной реакции организма в послеоперационном периоде (таблица 2).

Таблица 2. Использование структурно-оптических свойств сыворотки в оценке состояния организма больных ортопедо-травматологического профиля

Значение показателя	Исследуемая биожидкость	Показатель	Значения, характеризующие прогноз
Диагностика воспалительных процессов	Сыворотка	Показатель пропускания сыворотки в солевой среде	При значении менее 0,040 ед. диагностируют воспалительный процесс
		Показатель преломления	Снижение в ранний послеоперационный период менее 1,3460 ед. свидетельствует о развитии воспалительной реакции
		Показатель пропускания нативной сыворотки	Снижение в ранний послеоперационный период менее 0,080 ед. свидетельствует о развитии воспалительной реакции

Применение современных методов исследования позволяет расширить спектр исследований, дающих возможность максимально объективно оценить состояние пациента в ходе проводимого лечения. Использование предложенных тестов позволяет не только адекватно оценивать воспалительную реакцию организма на проводимое оперативное лечение, ни и выбирать индивидуальную тактику послеоперационного ведения в случае возникновения осложнений. Ценность некоторых исследований возрастает при проведении многоэтапных оперативных вмешательств, позволяя проводить корректную оценку состояния гомеостатических реакций организма и определять наиболее оптимальные и безопасные для больного сроки проведения этапов операций.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

Болиева Л.З., *Алборова Б.Г., Джигоев Ф.К.,
Хохоева А.Г., *Бадтиева Р.

*Северо-Осетинская государственная медицинская
академия, * Республиканский онкологический
диспансер, Владикавказ*

Проблема заболеваний молочной железы является одной из наиболее актуальных в современной медицине. Актуальность ее обусловлена неуклонным ростом заболеваемости раком молочной железы во всем мире. Мастопатия, по мнению большого числа авторитетных ученых, является промежуточной стадией в развитии злокачественного процесса (Дымарский Л.Ю., 1980; Тахтамыш А.Н., 1990; Agnantis N.J., Apostolakas N., 1991; Dixon J.V., 1991). Клинические наблюдения свидетельствуют, что у больных с доброкачественными дисплазиями молочных желез рак данной локализации развивается в 3-5 раз чаще, чем у здоровых женщин, а при дисплазии с явлениями пролиферации – в 30 раз чаще. Поэтому, одним из реальных путей профилактики злокачественных новообразований молочных желез является своевременное выявление доброкачественных процессов и проведение патогенетически обоснованной терапии.

Исследования последних лет выявили существенную роль иммунной системы в развитии опухолевого процесса, что явилось толчком к внедрению иммунологических методов в практическую онкологию. Вопросам состояния иммунологической реактивности больных раком молочной железы посвящено большое количество работ, в которых изучался иммунный статус больных при различных стадиях заболевания и в зависимости от проводимого лечения. В значительно меньшей степени изучено состояние иммунной системы у больных с доброкачественными заболеваниями и предопухолевыми состояниями молочных желез.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния иммунной системы больных фиброзно-кистозной мастопатией в зависимости от степени тяжести патологического процесса и возможностей

применения иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии данной патологии.

Материалы и методы исследования.

В исследование были включены 128 женщин репродуктивного возраста (18-45 лет). Больные были разделены на две возрастные группы: 18-35 и 36-45 лет. Всем больным проведено комплексное обследование, включавшее осмотр и пальпацию молочных желез, гинекологическое обследование, ультразвуковое сканирование молочных желез, цитологическое исследование пунктатов и отделяемого из сосков. Характеристика тяжести клинической картины определялась по 6-балльной шкале по Сидоренко Л.Н. (1991). В соответствии с классификационными критериями 6 баллам соответствует локализованный фиброаденоматоз на фоне диффузного; 5 баллам – локализующийся фиброаденоматоз; 4 баллам – резко выраженный диффузный фиброзный или кистозный фиброаденоматоз; 3 баллам – выраженный диффузный фиброзный или кистозный фиброаденоматоз; 2 баллам – умеренно выраженный диффузный фиброаденоматоз; 1 баллу – слабо выраженный диффузный фиброаденоматоз.

Исследовали показатели клеточного, гуморального иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов. Количество Т-лимфоцитов, их субпопуляций и В-лимфоцитов определяли методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител фирмы «Сорбент». Характеризовались уровни CD3 (Т-лимфоцитов общ.), CD4 (Т-хелперов), CD8 (Т-киллеров-цитотоксических лимфоцитов) с оценкой иммунорегуляторного индекса (ИРИ), как показателя соотношения CD4/CD8, а также CD16 (ЕК-клеток), CD19 (В-лимфоцитов). Определение количества основных классов иммуноглобулинов А, М, G проводили методом прямой радиальной иммунодиффузии по Манчини. Фагоцитарную активность оценивали в тесте с живой культурой *Staphylococcus aureus*. Определяли фагоцитарный индекс и фагоцитарное число. Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики по Стьюденту.

Результаты и обсуждение.

Из полученных нами данных следует, что изменение иммунологических показателей наблюдается в основном в группах больных с 5-6 степенью тяжести заболевания, более выраженное в старшей возрастной группе. При этом статистически достоверные отличия получены только для показателей клеточного звена иммунной системы. Нами отмечено снижение общего количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, инверсия иммунорегуляторного индекса. В целом данные изменения можно охарактеризовать как вторичный иммунодефицит по Т-клеточному звену с дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов.

Результаты проведенного обследования послужили основанием к включению в состав комплексной терапии мастопатии иммуномодулирующего препарата. В качестве иммуномодулятора мы использовали отечественный препарат имунофан – синтетический гексапептид, обладающий иммуномодулирующей и антиоксидантной активностью. Больным, получавшим консервативное лечение препарат назначали по 1 мл 0,005% раствора внутримышечно с двухдневным