

сопровождающихся множественным очаговым поражением белого вещества головного мозга. При обследовании 78 больных РС нами был применен наиболее распространенный метод визуализации очагов поражения белого вещества при РС – получение T2-взвешенных изображений. Очаги демиелинизации, определяемые на T2-взвешенных изображениях как гиперинтенсивные, обнаруживались в 94% наблюдений. Чувствительность T1-взвешенных изображений в наших наблюдениях оказалась значительно меньшей, что соответствует литературным данным. На T1-взвешенных изображениях очаги либо отчетливо не визуализировались, либо имели гипоинтенсивный сигнал в случае развития в них деструктивных изменений в виде разрушения аксонов. Локализация очагов отмечалась преимущественно в перивентрикулярном белом веществе (97,2%), в мозолистом теле (93,6%), в стволе мозга (61,4%), в полушариях мозжечка (55,9%), в полуовальных центрах (94,7%), иногда очаги обнаруживались в сером веществе (17,7%). Несмотря на то, что клинические проявления поражения экстрапирамидной системы при рассеянном склерозе достаточно редки и среди наших больных встречались в 1,7% случаев, в 39,8% наблюдений мы визуализировали очаги в базальных ганглиях и черной субстанции. Для выявления очагов поражения в мозолистом теле мы использовали возможность получения МР-томограмм в сагиттальных и коронарных плоскостях. На таких томограммах наиболее отчетливо определяется, что именно в мозолистом теле находятся очаги поражения белого вещества, выявленные при исследовании в аксиальных плоскостях. Для обозначения очаговых изменений в мозолистом теле, отображающихся на томограммах в сагиттальных и коронарных плоскостях и имеющих овальную форму широко употребляется термин "пальцы Доусона", характеризующий их расположение и радиальное направление длинной оси. В 7,9% наблюдений при проведении МР-томографического исследования мы выявляли у наших пациентов единичные очаговые изменения больших размеров (до 4 см в диаметре), что заставляло сомневаться в диагнозе. Наличие перифокального отека и масс-эффекта заставляло нас дифференцировать заболевание от неопластического процесса. Для дифференциальной диагностики мы искали мелкие очаги поражения белого вещества как в условиях естественной контрастности, так и при искусственном контрастировании. Для оценки активности процесса – "рассеянности во времени", мы использовали гадолинийсодержащие контрастирующие агенты, что позволяло проводить дифференциальную диагностику между очагами активного воспаления, очагами в стадии затухающего обострения и хроническими неактивными очагами. Накопление гадолинийсодержащего контрастирующего агента, выявляемое на T1-взвешенных изображениях, происходит лишь в "активных очагах", что связано с нарушением проницаемости гематоэнцефалического барьера, причем оно может выявляться до появления очагов на T2-взвешенных изображениях. Если у пациента при первичном МР-томографическом исследовании выявляются множественные гиперинтенсивные очаги на T2-взвешенных изображениях, а при получении T1-

взвешенных изображений лишь часть из них контрастируется, это свидетельствует о "рассеянности процесса" во времени. Накопление контрастирующего агента в очагах говорит о повышенном риске повторных экзакербаций и является предвестником увеличения количества очагов, выявляемых на T2-взвешенных изображениях и развития гипотрофии мозга в последующие 2 года. Для улучшения качества выявления очагов, накапливающих контрастирующий агент возможно проведение исследования не сразу, а через 20-30 минут после его введения, проведение исследования с получением тонких срезов, 2-х или 3-х кратное увеличение объема вводимого контрастирующего агента. Подобные исследования были проведены нами в 28,4% наблюдений. Критериями "рассеянности во времени" считалось накопление контрастирующего агента через 3 и более месяцев, не соответствующих предшествующему обострению. При отсутствии накопления контрастирующего агента исследование повторялось через такой же временной интервал. Критериями рассеянности во времени было появление очагов, накапливающих контрастирующий агент или выявление новых очагов на T2-взвешенных изображениях. Другим критерием "рассеянности во времени" было отсутствие новых очагов при исследовании, проводимом ранее 3 месяцев с момента обострения, в таком случае оно повторялось через 3 и более месяцев. Обнаружение очагов, накапливающих контрастирующий агент, или новых очагов на T2-взвешенных изображениях свидетельствовало о "рассеянности во времени". В наших наблюдениях мы выявляли новые очаги при повторных исследованиях в 38,9% случаев. Как и большинство авторов, мы считаем, перспективным использование МР - томографического контроля эффективности лечения. Однако при этом необходимо помнить о недостаточной ясности истинной природы гиперинтенсивных сигналов на T2-взвешенных изображениях и невозможности получения при повторных исследованиях томографических срезов в той же пространственной ориентации.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кашкина Е.И., Гаврилова Т.А., Шестерикова Е.Б.
*Государственный медицинский университет,
Саратов*

Ведущее место в клинической симптоматике хронического панкреатита (ХП) занимает болевой синдром. Постоянные мучительные боли вынуждают больных принимать обезболивающие средства, вплоть до наркотических, что весьма нежелательно в связи с высоким риском формирования наркотической зависимости.

Однако до настоящего времени при оценке болевого синдрома у больных ХП не анализировалась его зависимость от выраженности структурных изменений ткани поджелудочной железы, а также не изучался вклад в развитие психологических особенностей личности пациента. Однако с практических позиций

при назначении обезболивающей терапии оценка сенсорной и психологической составляющих болевого синдрома имеет большое значение.

Обследовано 126 больных ХП. Выраженность болевого синдрома оценивалась по методике, предложенной Нинель В.Г., психологический профиль - с помощью опросника ММРІ, структурные изменения ткани поджелудочной железы определялись в ходе компьютерной томографии.

Результаты исследования показали, что с увеличением количества изменений в ткани данного органа тяжесть болевого синдрома нарастает. Наиболее тесно с болевыми ощущениями у больных ХП коррелируют изменения плотности, контуров и размеров. По мере увеличения длительности заболевания отмечено снижение частоты встречаемости выраженных болевых ощущений, в то время как этиологическая форма заболевания не оказывает влияния на тяжесть болевых ощущений.

В связи с тем, что в 30-40% случаев выраженность болевых ощущений нельзя объяснить степенью морфологических изменений ткани поджелудочной железы, можно предположить участие в формировании боли психологических особенностей личности пациента. Установлено, что повышенные значения по шкалам паранойальности, шизоидности и гипомании уменьшают выраженность болевого синдрома. Такие черты личности как ипохондрия, депрессия и истерия коррелируют с потребностью в обезболивающих средствах.

Таким образом, при назначении обезболивающей терапии больным ХП необходимо учитывать количество структурных изменений в ткани поджелудочной железы и психологический профиль личности пациента

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ БИОТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ЛИМФОКИН-АКТИВИРОВАННЫХ КИЛЛЕРОВ (ЛАК) У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ПЛЕВРАЛЬНЫМ ВЫПОТОМ

Киселевский М.В.¹, Шубина И.Ж.¹,
Лебединская О.В.², Мелехин С.В.², Руди Е.Р.²
¹ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва,
²ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России», Пермь

Биотерапия является одним из перспективных направлений современной медицины в лечении злокачественных новообразований.

В данной работе изучена возможность применения лимфокин-активированных киллеров, полученных из лимфоцитов эксудата больных при действии интерлейкина-2 (ИЛ-2), в комплексном лечении рака молочной железы со злокачественным плевральным выпотом.

Проведено обследование 44 больных (в возрасте 30-70 лет) со злокачественными опухолями молочной железы с сочетающимися опухолевыми плевритами. Клиническая картина проявлялась признаками дыхательной недостаточности, обусловленной гидротораксом.

Клеточная фракция эксудата характеризовалась наличием большого количества опухолевых клеток, цитоплазма которых интенсивно окрашивалась в мазках метиловым зеленым-пиронином (по Браше) и Шифф-реактивом по МакМанусу (45%), а также лимфоцитов (32%), макрофагов (18%) и некоторого числа гранулоцитов (5%). Лимфоциты, выделенные из эксудата с использованием фиколл-урографина, культивировали в течение 3 – 5 суток с добавлением ИЛ-2.

Спонтанная цитотоксическая активность лимфоцитов при испытании на линии эритробластного лейкоза человека К-562 составила 45% и повышалась при их инкубации с ИЛ-2 до 90%.

При морфологическом исследовании эксудата, обработанного ИЛ-2, на третьи сутки культивирования наблюдалось повышение процентного содержания макрофагов (до 28%), клеток лимфоидного ряда (до 52%), среди которых преобладали активированные лимфоциты (30%), имеющие яркую пиронинофильную окраску цитоплазмы, и появлялись бластные формы (9%). Количество гранулоцитов оставалось почти на исходном уровне (4%), а относительное число опухолевых клеток в культуре составило 6%. Мононуклеары, полученные в культуре плеврального эксудата больных при действии ИЛ-2, имели иммунофенотипические характеристики ЛАК.

Больным интраплеврально вводилась взвесь ЛАК и ИЛ-2 в течение 10 суток. Суммарная эффективность по регрессии эксудата отмечалась в 85% случаев. Переносимость данной биотерапии была нормальной, и побочных действий не наблюдалось.

Таким образом, данный метод биотерапии может дать положительный эффект в комплексном лечении злокачественных новообразований молочной железы, осложненных злокачественным плевральным выпотом.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ В РЯДУ ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

Кодочигова А.И., Киричук В.Ф., Субботина В.Г.,
Мартынова А.Г., Демина Т.М., Разумова О.Н.
Государственный медицинский университет,
Саратов

С помощью Сокращенного Многофакторного Опросника для исследования Личности (СМОЛ) было обследовано 482 человека мужского и женского пола (средний возраст- 33,41± 5,33), у которых не было выявлено признаков патологии сердечно-сосудистой системы. В зависимости от наличия отягощенной по заболеваниям сердца и сосудов наследственности все они были поделены на две группы, сопоставимые по возрасту и полу. У большинства наблюдаемых лиц были найдены заболевания других систем и органов (критериями исключения служили их тяжелая форма, стадия обострения или психосоматический генез) и различные факторы риска возникновения сердечно-сосудистой патологии, как правило, в сочетании друг с другом. Установлено, что обследованные лица из двух групп не имели каких либо значимых психоло-