

тренным показаниям со стороны матери или плода у 5 рожениц с дискоординацией родовой деятельности (ДРД). Кесарево сечение выполняли в нижней трети матки, проводя разрез поперек ее длинника при сроке беременности женщин от 37 до 40 недель. Возраст женщин был от 20 до 31 года (средний возраст - 23 ± 2 года). В части случаев имела место острая или хроническая гипоксия плода. Иссекался участок матки, промывался 0,1 М фосфатным буфером и помещался в 4% раствор параформальдегида на несколько суток в холодильник ($t=4^{\circ}\text{C}$). Дофиксировали материал в 1% OsO_4 2 часа. Проводили дегидратацию в спиртах возрастающей концентрации и заключение в эпоксидную смолу аралдит. Биопсии ориентированно размещали в капсулах для полимеризации. С блоков получали срезы толщиной 1-2 мкм и окрашивали их толуидиновым синим. Показали на светооптических препаратах, что мышечные пучки одного порядка в нижнем сегменте матки были сформированы из гладкомышечных клеток (ГМК), имевших разное родство к толуидиновому синему. При этом у женщин с ДРД матки в мышечных пучках могли встречаться как интенсивно, так и слабо окрашенные миоциты. Также находили ГМК с промежуточной степенью окраски цитоплазмы. При ДРД в мышечных пучках одного порядка было от $5,2 \pm 1,1\%$ до $70,2 \pm 6,9\%$ темных миоцитов, от $7,3 \pm 2,3\%$ до $32,0 \pm 8,7\%$ светлых миоцитов и от $22,5 \pm 5,1\%$ до $62,8 \pm 3,5\%$ промежуточных миоцитов на случай. В среднем по группе из 5 женщин с ДРД матки светлых миоцитов было $15,0 \pm 4,5\%$, промежуточных $34,0 \pm 7,6\%$, а темных - $51,0 \pm 11,8\%$ от общего числа оцененных ГМК. В целом по группе (за исключением 1 роженицы) светлые ГМК были представлены в матке в 3,9 - 9,6 раза меньше, чем темные ГМК. При этом случай исключения был представлен женщиной, чей возраст по сравнению с остальными случаями группы был почти в 1,5 раза больше и у нее светлые ГМК преобладали над темными в 6,2 раза. Для устранения такого диссонанса в количественных показателях требуется увеличение числа рожениц в группе и увеличения возрастного разброса у первородящих с ДРД матки. Это позволило бы разбить группу первородящих женщин с ДРД матки на 2 возрастных подгруппы (младшую и старшую) и оценить влияние возраста на типовой состав ГМК миометрия матки и возможную его коррекцию с помощью медикаментозного вмешательства для нормализации сократительной деятельности органа в родах. Обсуждается возможная роль обнаруженных типов ГМК матки у рожениц в функции этого органа во время патологических родов. Анализ тканевых компонентов матки показал, что в оцененных случаях ГМК занимали от $45,0 \pm 3,6\%$ до $64,9 \pm 2,0\%$ от общего объема органа у разных женщин (в среднем по группе этот показатель составлял $57,4 \pm 3,6\%$). Доля соединительной ткани и элементов микроциркуляторного русла также варьировала у разных рожениц. Но, несмотря на вариации, сохранялся общий план строения матки как мышечно - соединительнотканного органа.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЛЁГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,
Краснодар*

Цель работы – клиническая оценка показателей соотношения лейкоцитов (Л) периферической крови и определение их информативности в комплексной диагностике бронхолёгочных заболеваний. О соотношении Л крови судили по индексам, определяемым частным от деления относительного числа одних клеточных элементов на процентное содержание других клеток крови. Вычисляли индексы соотношений нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), нейтрофилов и эозинофилов (ИСНЭ), лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ), моноцитов и эозинофилов (ИСМЭ). Разработка данных соотношений клеточных элементов крови основывалась на принципах их кооперации в реализации воспалительного процесса. Индексы соотношения Л крови определяли в динамике в динамике развития бронхолёгочной патологии у 237 больных. Математический анализ результатов исследования проведен методом центильных величин с распределением индивидуальных показателей по 100% шкале уровней. Для каждой группы больных разработаны соответствующие центильные шкалы, представляющие собой взаимно пересекающиеся вертикальные (центильные величины) и горизонтальные (гематологические показатели) ряды центильного распределения. Согласно разработанному способу оценка показателей крови проводилась в зависимости от характера распределения центильных величин. В соответствии с вариантами центильной оценки показателей крови осуществлялась диагностическая процедура бронхолёгочной патологии у пациентов разного возраста.

Проведенные исследования позволили установить закономерные сдвиги в соотношениях Л крови и выявить зависимость их величин от возраста пациентов и периода течения заболевания. У детей период выраженных клинических проявлений бронхолёгочной патологии характеризовался повышением ИСНЛ, снижением ИСЛЭ и нормальными значениями ИСНМ, ИСНЭ, ИСЛМ, ИСМЭ, а период реконвалесценции - повышенными ИСЛМ, нормальными или сниженными ИСНМ и сниженными ИСНЛ, ИСНЭ, ИСЛЭ, ИСМЭ. У взрослых больных выявлены более глубокие нарушения клеточных соотношений Л: кроме вышеуказанных в разгар болезни повышался ИСНМ, ИСНЭ, ИСМЭ, а в период выздоровления изучаемые показатели ещё в большей степени отклонялись от нормы. В пожилом и старческом возрасте сдвиг определяемых показателей был выражен в меньшей степени, что, по-видимому, связано с возрастными изменениями иммунологической реактивности организма. Предлагаемые индексы Л крови объективно отражают закономерные наступающие сдвиги в количественном их соотношении при развитии воспалительного процесса в респираторной системе. Определение индексов соотношения Л крови

повышает информативную ценность клинического анализа крови. В комплексной диагностике бронхолёгочных заболеваний целесообразно применение показателей соотношения Л крови в качестве дополнительных диагностических критериев заболевания. Характер клеточных дисбалансов зависит от возраста больных и периода течения заболевания

Таким образом, центильный способ оценки соотношения Л крови определяет новый подход в клиническом толковании результатов гематологических исследований при бронхолёгочной патологии. Полученные параметры могут быть использованы в качестве диагностических и дифференциально-диагностических критериев при диагностике бронхолёгочной патологии. Применение центильных даёт возможность определить степень их диагностической вероятности, наметив дальнейшие пути диагностической процедуры; осуществлять контроль за динамикой болезни, характером и периодами её течения. Следовательно, высокая чувствительность, методическая простота, широкая доступность и лёгкая воспроизводимость способа оценки показателей клинического анализа крови в диагностике бронхолёгочных заболеваний позволяет рекомендовать его для внедрения в лабораторную и клиническую практику здравоохранения.

ИММУНОТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,
Краснодар*

В последнее время наметилась дифференциация в подходах к лечению неспецифического язвенного колита (НЯК) и болезни Крона (БК). При обоих заболеваниях лечебная тактика зависит от тяжести и распространённости патологического процесса. Вместе с тем осложнения при этих заболеваниях имеют много общего. Практически при прогрессировании патологического процесса почти всегда возникает необходимость в оперативном вмешательстве. Естественно возникает интерес к новым подходам в консервативной терапии воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Основу базисной терапии ВЗК составляют сульфасалазин и препараты 5-аминосалициловой кислоты.

Цель работы – определение эффективности иммуносупрессивной и иммуномодулирующей терапии при ВЗК. Установлено, что циклоспорин А является ингибитором клеточно-опосредованных иммунных реакций: блокирует продукцию IL-2 Т-хелперами, ингибирует активацию В-лимфоцитов γ -интерфероном. При лечении циклоспорином А больных с тяжёлыми формами ЯК, резистентными к глюкокортикостероидам, отмечены улучшения в 64% случаев и длительный хороший эффект в 41%. Препарат назначали внутривенно (1-7 мг/кг в сутки) и внутрь (5-15 мг/кг в сутки). Поддерживающая терапия в течение 6 месяцев обеспечивала сохранение хорошего эффекта у 49% больных. При тяжёлом течении

НЯК внутривенно вводимый циклоспорин А может быть эффективным при использовании его в виде монотерапии. Циклоспорин А действует системно. Вероятно, в ближайшее время циклоспорин А может стать препаратом выбора в лечении тяжёлых форм НЯК. Отмечено, что эффективность циклоспорино А при БК менее очевидна, чем при НЯК, эффективность терапии этим препаратом выявлена лишь у 31% больных.

Показано, что при болезни Крона положительный результат действия 6-меркаптопурина начинает проявляться через 3-6 месяцев после начала лечения. Это достаточно эффективный препарат, но для того, чтобы наступило устойчивое клиническое улучшение, требуется длительное время. Сочетание применения азатиоприна с глюкокортикоидами ускоряет наступление клинической ремиссии в ответ на применение препарата. Положительное действие азатиоприна при лечении БК продолжается в течение 3-5 лет. Критерием безопасности лечения является регулярное определение концентрации лейкоцитов периферической крови. Выявлено, что максимальный лечебный эффект 6-меркаптопурина при БК достигается при развитии нейтропении. Курс лечения азатиоприном ускоряет морфологическое восстановление слизистой оболочки кишечника у больных тяжёлым рецидивирующим терминальным илеитом. При лечении активной рефрактерной БК эффективен метотрексат. Показано, что его применение позволяет отменить глюкокортикоиды у 34% стероидозависимых пациентов с БК.

В последнее время фактор некроза опухоли (TNF α) и интерлейкин-1 (IL-1 β) рассматриваются как провоспалительные молекулы, цитокин IL-10 – как главный противовоспалительный компонент. Отмечено, что у пациентов с БК однократная инфузия моноклональных антител к TNF α улучшает течение резистентного к преднизолону заболевания на протяжении 3 месяцев. Морфологическая санация наблюдалась к 4-й неделе. Исследования демонстрируют преимущество моноклональных антител к TNF α при БК, но не при НЯК. Рекомбинантный интерлейкин-10 превосходит эффект плацебо при лечении больных с тяжёлой стероидрефрактерной БК.

Таким образом, иммуносупрессивная терапия ВЗК является высокоэффективной и альтернативной при хирургическом лечении резистентной к глюкокортикоидам патологии. По-видимому, в ближайшее время моноклональные антитела к TNF α и IL-10 займут достойное место среди средств лечения воспалительных кишечных заболеваний.

ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ И ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,
Краснодар*

Цель работы – определение значения лабораторных методов исследования с учётом общих закономерностей развития болезни. Патогенез болезни определяют многочисленные факторы (внешние и внут-