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 улучшение 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 циклоспорина 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 азитиоприном 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 (TNFα) и интерлейкин-1 (IL-1β) рассматриваются как провоспалительные молекулы, цитокин IL-10 - как главный противовоспалительный компонент. Отмечено, что у пациентов с БК однократная инфузия моноклональных антител к TNFα улучшает течение резистентного к преднизолону заболевания на протяжении 3 месяцев. Морфологическая санация наблюдалась к 4-й неделе. Исследования демонстрируют преимущество моноклональных антител к TNFα 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 TNFα 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-