

Материал и методы исследования.

Исследование проведено у 30 больных АС в возрасте от 22 до 60 лет (средний возраст $38,5 \pm 10,5$ лет). Длительность заболевания в среднем была $6,1 \pm 2,5$ года. Диагноз АС был установлен на основании клинических и рентгенологических данных, верифицирован Нью-Йоркскими критериями (1966г). Из исследования были исключены больные с сопутствующими заболеваниями органов дыхания. С ризомиелической формой было 19 пациентов, центральной-11. Внешнее дыхание изучалось в покое на спирографе SPIROST FI SP-5000 Fukuda DENSHI с автоматической обработкой параметров. Определялись жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), индекс Тиффно (соотношение ОФВ₁ / ЖЕЛ), исследование легочного кровотока проводилось с помощью сцинтиграфии легких Тс⁹⁹ макротех. Контрольную группу составили 10 человек.

Результаты исследования.

У больных АС выявлено ограничение экскурсии грудной клетки – разница окружности грудной клетки между максимальным вдохом и выдохом уменьшается до 1-2 см, частота дыхания в среднем составила $17 \pm 2,0$ в минуту. У части больных (33%) отмечалось участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры.

При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная взаимосвязь параметров внешнего дыхания и некоторых клинических и рентгенологических симптомов АС. Установлены достоверные положительные корреляции между степенью снижения ЖЕЛ и активностью процесса ($r=0,29$, $p < 0,05$). Рентгенологические проявления в виде оссификации передней продольной связки, наружных слоев межпозвонковых дисков, сформированных синдесмофитов, сужение суставной щели с последующим формированием анкилоза, также достоверно коррелировали со снижением легочного кровотока. Была установлена положительная корреляция между степенью уменьшения межпозвоночного пространства и отношением ОФВ₁/ЖЕЛ ($r=0,38$). Такой симптом как уменьшение высоты и склероз тел позвонков выявил положительные корреляции с уровнем ФЖЕЛ и ОФВ₁ ($r=0,4$ и $r=0,38$ соответственно). Итак, оссификация связочного аппарата грудного отдела позвоночника у наших больных достоверно коррелировала со средними значениями внешнего дыхания, ассоциировалось со снижением легочного кровотока больше в правом легком, где в верхней зоне было $8,1 \pm 2,5\%$, средней- $25,9 \pm 2,2\%$ и нижней $15,0 \pm 3,1\%$, несколько выше в левом легком. Вероятно, нарушение внешнего дыхания у рассматриваемого контингента больных, может быть, связан с механической компрессией легких, что ограничивает механику дыхания, а также может реализовываться за счет развития васкулита как реакции сосудов на активность процесса.

РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Морозов В.В., Любарский М.С., Коновалов М.Ю.

*ГУ Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии
СО РАМН, ГУ 333-й Военный госпиталь,
Новосибирск*

Введение. Эндогенная интоксикация (ЭИ), как наиболее яркое проявление острого панкреатита (ОП), продолжает привлекать пристальное внимание хирургов. ЭИ при ОП обусловлена поступлением во внутреннюю среду организма продуктов метаболизма, образующихся в поджелудочной железе в результате процессов воспаления и некробиоза. Очагом эндогенных токсичных продуктов является как сама железа, так и парапанкреатическая клетчатка с обильно развитой сетью лимфатических капилляров. Следовательно, поступление таких веществ во внутреннюю среду организма осуществляется как через кровь, так и лимфу. Учитывая, что результатами экспериментальных исследований (Бородин Ю.И. и соавт., 1995) было доказано поражение при этом самой лимфатической системы, превращающуюся в дополнительный источник эндогенной интоксикации, нами был предпринят поиск методов коррекции дренажной функции лимфатической системы и насыщения лимфатического русла медикаментами при ОП. С этой целью нами разработан и применен в клинике метод непрямой лимфотропной терапии – межкостистые инъекции при лечении пациентов с острым панкреатитом и синдромом эндогенной интоксикации.

Материалы и методы. Было выделено две клинические группы больных, сопоставимых по полу, возрасту, тяжести и этиологии ОП. Первая - основная ($n=12$) - с применением лимфотропных межкостистых инъекций, вторая - контрольная ($n=15$) - с традиционным лечением. В обеих группах проводилась традиционная базисная инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, антисекреторная терапия, ингибиторы протеаз, спазмолитики, новокаиновые блокады.

О тяжести ЭИ судили по клинической картине – состоянию кожных покровов, температуре тела, частоте пульса; лабораторным показателям – учитывали лейкоцитоз, выраженность нейтрофильного сдвига, лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу, уровень молекул средней массы; о состоянии органов детоксикации судили по уровню билирубина, кератинину, мочеvine.

В основной группе тяжелый и потенциально тяжелый (Толстой А.Д., 1999) панкреатит был диагностирован у 5, из них оперировано 2 больных с субтотальным некрозом поджелудочной железы и разлитым перитонитом. У 7 пациентов был острый отечный панкреатит. В этой группе больных с первых суток лечения добавлялась непрямая лимфотропная терапия межкостистым введением лекарственной смеси (лидаза - как препарат «проводник», анальгетик, панкреатотропные препараты).

Результаты. При проведении лечения было отмечено, что клинические признаки ЭИ купировались на 1-2 суток раньше (2 - 3-е сутки течения болезни) в

основной группе, так же уменьшались или приходили к норме лабораторные показатели. Среди оперированных больных с некротическим панкреатитом число санационных программных релапаротомий было меньше. Летальных исходов не было. Течение болезни было в асептическом русле.

Вывод. При лечении острого панкреатита одной из первоочередных задач является коррекция ЭИ. Применение лимфокорригирующих межкостистых инъекций позволяет редуцировать клиническую симптоматику ОП, купировать ЭИ и является путем улучшения результатов лечения больных с ОП за счет усиления дренажной функции лимфатической системы в регионе поджелудочной железы.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ОСЛОЖНЕННЫМ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОКОРРЕКЦИИ

Оболонкова Н.И., Каменев В.Ф.

*Белгородский государственный университет,
Белгород*

Хронический обструктивный бронхит, в отличие от необструктивного, усиливает активность аутоиммунного процесса, особенно в раннем периоде болезни, а антитела к инфекционным агентам и к собственным тканям у больных хронической обструктивной болезнью легких чаще всего находятся не в свободном состоянии, а в виде иммунных комплексов, в формировании которых в качестве антигенов могут принимать участие как бактериальные агенты, так и собственные ткани организма (Караулов А.В., Сильвестров В.П.). Длительные воспалительные и дистрофические изменения, протекающие в легких, вызывают поступление легочного антигена в ток крови, оказывая специфическое воздействие на Т-лимфоциты (Сахарчук И.И., Скакальская Л.М.).

Целью данного исследования является изучение влияния легочно-сердечной и дыхательной недостаточности, при хроническом обструктивном бронхите, на уровень циркулирующих иммунных комплексов, а также его изменение в процессе лечения с использованием иммунокоррекции.

Нами обследовано 46 больных хроническим обструктивным бронхитом в стадии обострения, причем в первой группе (25 пациентов) течение заболевания осложнилось развитием дыхательной недостаточности, а во второй (21 пациент) - легочно-сердечной.

Анализ результатов исследования показывает, что содержание циркулирующих иммунных комплексов при хронической легочно-сердечной и дыхательной недостаточности возрастает до $0,306 \pm 0,016$ / $p < 0,01$ /, $0,249 \pm 0,012$ / $p < 0,001$ /. Соответственно, причем уровень циркулирующих иммунных комплексов при хроническом легочном сердце на 18,6% выше / $p < 0,02$ />.

Между выраженностью депрессии Т-клеточного звена иммунитета, титром антител против легочной ткани и степени тяжести патологического процесса, в том числе и степени тяжести хронической легочно-сердечной недостаточности, существует взаимосвязь, поэтому у больных хроническим обструктивным бронхитом осложненным хроническим легочным сердцем мы изучили возможность коррекции ее тималином. С нашей точки зрения иммунитет это иерархичную систему, где «высшему звену подчиняется низшее», то есть Т-звено иммунитета при нормальном функционировании способно нормализовать другие звенья.

Дозы тималина, которые рекомендуются в инструкциях для лечения больных - 10 м/г в/м №10, не обеспечивали положительной динамики. Мы предположили, что в организме содержатся блокирующие факторы (антитела, инактиваторы), которые нейтрализуют, как свои, так и введенные из вне, гормоны тимуса. Чтобы преодолеть их блокирующий эффект дозу вводимого препарата увеличили до 40 м/г. Введение тималина осуществляли на протяжении 6 дней. Такое назначение возможно благодаря минимальному побочному действию и хорошей переносимости больными.

Под влиянием тималина наблюдается снижение содержания циркулирующих иммунных комплексов с $0,306 \pm 0,016$ до $0,236 \pm 0,016$ / $p < 0,05$ /, однако по сравнению с нормой этот показатель остается повышенным на протяжении месяца, что может быть связано с активным течением аутоиммунных процессов, и подтверждает данные о причастности аутоиммунных реакций к снижению сократительной способности миокарда правого желудочка при хроническом обструктивном бронхите.

Таким образом, для снижения темпов прогрессирования заболевания и предотвращения развития хронического легочного сердца применение тимических гормонов в высоких дозах целесообразно и позволяют существенно повысить эффективность лечения бронхообструктивных заболеваний.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СВЕТООПТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗНЫХ ТИПОВ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК МИОМЕТРИЯ МАТКИ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СО СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Павлович Е.Р., Ботчей В.М., Подтетенов А.Д.
МБФ РГМУ, лаборатория нейроморфологии с группой электронной микроскопии ИКК им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ, акушерский отдел ГКБ им. Н.И. Пирогова, Москва

С целью объективизации клинического диагноза в акушерской практике проводили изучение морфологии матки первородящих женщин с использованием качественного и количественного светооптического анализа биопсийного материала. Обследовали кусочки миометрия, полученные во время абдоминальных родов, выполненных по экстренным показаниям со стороны матери или плода у 6 рожениц со слабостью