

пью связи CD3+ с IgA, а затем IgA с ЦИК и CD4+ с IgM. Если у женщин активность фагоцитов связана с ЦИК и с CD4+, то у мужчин только с CD3+, зато связь ЦИК осуществлялась через CH₅₀. У женщин выявлено множество связей клеток периферической крови с компонентами Т-иммунитета и только одна с IgA. У мужчин показатели лейкоцитарной формулы крови тесно связаны с компонентами клеточного звена ИС и ЦИК. Корреляционные взаимоотношения количества CD4+ с CD3+ указывали у больных с АДЭ на преобладание по количеству и по активности CD4+, оказывающих стимулирующее влияние на гуморальное звено ИС (связи уровней CD4+ с размерами ЦИК, CD3+ с IgG). Более тесная связь параметров иммунитета выявлена у лиц старшего возраста. Хроническое течение заболевания сопровождалось значительным уменьшением корреляционных взаимосвязей между показателями иммунитета и периферической крови. Активность гуморального звена ИС, в частности ЦИК и IgG, подтверждалась отрицательной корреляцией уровня лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов с размерами ЦИК, положительными связями содержания ЦИК и CD4+ лимфоцитов. Об угнетении клеточного звена иммунитета, падении количества CD3+-клеток, их недостаточной активности судили по прямой связи содержания CD3+ и CD8+-лимфоцитов с уровнем моноцитов. Таким образом, корреляционный анализ изучаемых параметров позволил полнее и шире оценить состояние иммунитета у больных с АДЭ. У всех пациентов установлен дисбаланс ИС в виде повышения активности гуморального и угнетения клеточного звеньев иммунитета. Выявленные изменения показателей иммунитета могут быть в дальнейшем использованы в качестве критериев и оценки эффективности терапии для постановки диагноза АДЭ.

О МЕСТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ИММУНИТЕТА И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ОБЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Разумов В.В.

*ГУ НИИ КПГТЗ СО РАМН, ГОУ ДПО
«Новокузнецкий ГИУВ»*

Господствующая в медицине в течение уже нескольких десятилетий концепция иммунопатологии как методологическая основа общей патологии зиждется на способности клеток иммунной системы быть доступной моделью для изучения молекулярных механизмов межклеточных взаимодействий. Лавры, пожинаемые иммунологией, в немалой степени связаны с успехами изучения межклеточных взаимодействий как таковых безотносительно к той или иной системе организма. Но невольно ассоциирующиеся с иммунологией, они (успехи) заставляют ее светиться в какой-то мере отраженным светом, хотя иммунологические реакции не охватывают всего спектра гомеостатических механизмов обеспечения жизнедеятельности организма в условиях нормы и патологии по причине относительно узкой (хотя и крайне важной) специализации иммунной системы на сохранении генетического гомеостаза. Кооперация ее деятельности с огром-

ным количеством других функциональных систем достигается межсистемными информационными отношениями, в обеспечении которых информациология в настоящее время кардинальную роль отводит соединительной ткани (К.В. Судаков).

В клинической медицине взгляды на функциональное предназначение соединительной ткани, начавшись с воззрений на нее как на механическую структуру, относительно быстро трансформировались в представления о трофической ее функции, как это видно хотя бы из представлений А.А.Богомольца об определяющей роли соединительной ткани в формировании нормальных и патологических типов конституций человека. Созвучны этому пониманию коллагеновая теория старения F.Verzar'a; выводы L. Naufflick'a об ограниченной способности фибробластов к делению.

Корни понимания конкретных механизмов трофической функции соединительной ткани уходят в эволюционную эмбриологию и эволюционную гистологию. Первоначально эмбриологами в работах по механике развития была убедительно показана необходимость межклеточных взаимодействий в тканях как основы не только эмбрионального, но и постнатального развития. На фоне этих работ В.Г.Гаршин и А.А.Заварзин первыми обратили внимание на кардинальное значение первичных гистогенетических корреляций между эпителием и тканями внутренней среды в форме эпителиально-мезенхимальных (стромальных) взаимодействий. Стало очевидным, что как в онтогенезе, так и в филогенезе, обоюдные взаимодействия между клетками эпителиальными и соединительно-тканевыми является первичным, и что на их основе развиваются и совершенствуются другие формы межклеточных и межтканевых отношений, превратившиеся в универсальные интегрирующие механизмы целостного организма на всех этапах эволюции и индивидуального развития. Изучение коллагена в возрастном и эволюционном аспектах (Никитин В.Н с соавт.), а также клинические и экспериментальные наблюдения сформировали к середине 70-ых годов минувшего столетия представления о морфогенетической функции коллагеновых структур и остальных компонентов внеклеточного матрикса (В.В. Серов, А.Б. Шехтер). Обратное, эпителиально-мезенхимальное, взаимодействие проявляется в способности эпителиальных тканей продуцировать коллаген и влиять на состояние самих фибробластов. Современные данные о пептидной и цитокиновой регуляциях детализировали механизмы, с помощью которых информация от внеклеточного матрикса доходит до ядра клетки и его генома или от цитоскелета до внеклеточного матрикса.

Поскольку метаболизм коллагена является важным фактором морфогенеза, естественно, что процессы дифференцировки и развития тканей, нуждаясь каждый раз в специфических стромально - паренхиматозных взаимодействиях, сопровождаются синтезом различных типов коллагена, сменой его изомолекулярного состава. Та или иная степень обязательности морфогенетического процесса в любом нормальном или патологическом проявлении жизнедеятельности объясняет облигатность присутствия соедини-

тельной ткани в любом органе и разнообразие гистологических ее модификаций, превосходящие таковые в системах нервной и сосудисто-транспортной.

Причинность информационной насыщенности именно соединительной ткани, а не какой-либо другой, придающей ей морфогенетические потенции, видится нам в 2-х этапности образования коллагена, интегрирующей в себе воздействия как генетических, так и средовых факторов. С одной стороны, синтез коллагена жестко детерминирован генетически. С другой стороны, формирование фибрилл коллагеновых волокон совершается вне клетки под влиянием факторов внеклеточной среды, почему морфогенез содержащих коллаген тканей носит в известной мере эпигенетический характер (В.Н.Никитин). Налицо высокая степень пластичности регуляторных возможностей соединительной ткани и большой диапазон обеспечивающихся ею адаптивных способностей организма, занимающей (соединительной ткани) как бы «золотую середину» между нервной системой, адекватно подстраивающей организма под окружающую среду, и иммунной системой, оберегающей его от какого-либо компромисса с этой средой. Оцененная морфологическими науками, концепция стромально-паренхиматозных взаимодействий сохраняет пока что отчужденность от клинической медицины по причине методических трудностей их изучения в клинических условиях.

ИММУНОМОДУЛЯТОР ЛИКОПИД В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

Свалова Н.А.

*Российский Университет дружбы народов,
Москва*

В настоящее время на фоне возрастающего числа воспалительных заболеваний в офтальмологической практике открываются новые перспективы использования иммуностимулирующих лекарственных средств. Широкое применение может найти ликопид, являющийся компонентом клеточной стенки практически всех бактерий и обладающий естественной иммуностимулирующей активностью. Основное свойство препарата – возможность существенно повышать функциональную активность фагоцитов, увеличивая их способность к инаktivации инфекционных агентов. Активно обсуждается вопрос об одновременном назначении ликопида с антимикробными, противовирусными и противогрибковыми препаратами ввиду потенциального повышения возможной эффективности проводимой терапии и ускорения купирования патологического процесса.

Ликопид в офтальмологической практике используется в комплексном лечении заболеваний глаз герпетической, бактериальной, грибковой, акантамебной, инфекционно-аллергической этиологии, которые характеризуются затяжным течением, частыми рецидивами, низкой эффективностью этиотропной терапии и лабораторными признаками иммунологической недостаточности.

Клиническое исследование таблетированной формы ликопида (Майчук Ю.Ф. и соавт.) было проведено в отделе инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца с применением двойного слепого рандомизированного контроля при лечении 115 больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями периферического отрезка глаза различной этиологии, сопровождающихся признаками вторичной иммунологической недостаточности. При этом в основной группе у больных наблюдалось более быстрое купирование воспалительного процесса в тканях глаза, сокращались сроки эпителизации роговицы (с 8,14 до 5,75 дней; $p < 0,01$), резорбции роговичной инфильтрации (с 15,02 до 10,54 дней; $p < 0,001$), исчезновение ирита (с 7,96 до 5,78; $p < 0,05$), сокращалась длительность лечения с 15,2 до 11,4 дней, обеспечивалось более значительное повышение остроты зрения, сокращалось число рецидивов, удлинялись сроки ремиссии. При этом в контрольной группе у больных повышения эффективности лечения не отмечалось.

Лечение отслоек сетчатки, протекающих на фоне периферического увеита, при помощи этиотропной терапии в комбинации с ликопидом (Максимов В.Ю. и соавт.) было проведено в офтальмологической больнице Саратовской области. Наблюдалось 35 больных с отслойкой сетчатки, периферическим увеитом, швартами стекловидного тела. В результате достигнуто клиническое и лабораторное выздоровление у 86% больных.

Таким образом, можно предположить, что основным клиническим эффектом ликопида является повышение эффективности комбинированной терапии: значительно чаще достигается отличный и хороший эффект лечения, быстрее купируется воспалительный процесс в тканях глаза, сокращается длительность лечения, реже наблюдаются рецидивы заболеваний глаз. Отсутствие субъективных жалоб у больных, удовлетворительные объективные данные состояния внутренних органов, улучшение общего состояния подтверждают хорошую переносимость препарата.

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИИ ЖЕЛЧИ ПРИ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ

Степанова Т.Ф., Бакштановская И.В.,

Степанова К.Б., Чирко Ю.В., Арапова О.Н.

ФГУН Тюменский НИИ

краевой инфекционной патологии Роспотребнадзора

Описторхозная инвазия приводит к развитию хронического воспалительного процесса в желчных протоках, нарушению моторно-эвакуаторной функции, дестабилизации желчи (Поддубная и др., 2001), развитию хронического пролиферативного холангита (с различной степенью фиброза) и холецистита (Бронштейн, Малышев, 2004; Moore et al., 1988), вызывает дискинезию, дисхолию, холелитиаз, способствует нарушению синтеза липидов и желчных кислот (Бронштейн, Лучшев, 1998). Ранее (Шонин, Степанова, Емельянова, 2000) было показано, что изменения биохимических свойств желчи выявляются уже в острой фазе описторхоза и усиливаются в хронической.