

рующее действие того или иного препарата. Течение типового патологического процесса – аутоиммунного, воспаления, дистрофии - сопровождается нарушениями гемолимфоциркуляции в лимфатическом регионе пораженного органа. Прекращение дренирования, «заболачивание» эндозкологического пространства является конечным результатом этих нарушений, начиная с которых происходит стойкое формирование «порочного круга». Опираясь на естественные механизмы детоксикации, осуществляемые с помощью лимфатической системы, возможно строить программу борьбы с эндотоксикозом у онкологических больных, моделируя, потенцируя и (или) протезируя дренажно-детоксикационную функцию лимфатической системы с помощью синтетических сорбционных материалов, а также используя новые разработки в области регионарной лимфотропной терапии. К последним относится предложенная нами методика регионарной пролонгированной лимфотропной антибактериальной терапии, применяемая в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки. Собственный опыт успешного лечения больных, страдающих злокачественным поражением прямой кишки, с применением указанных методик, позволил модифицировать имеющиеся на вооружении методики лимфотропной терапии и разработать новую комплексную программу ведения больных, оперированных по поводу рака прямой кишки. Критериями включения пациентов в исследование были: наличие подтвержденного морфологически диагноза рака прямой кишки (Т3-Т4, N0-N2, M0), проведение предоперационной телегамматерапии, выполнение оперативного вмешательства, послеоперационной адъювантной химиотерапии. Программа лечения предусматривала назначение в предоперационном периоде на фоне стандартной медикаментозной терапии курса межкостистых инъекций, выполняемых на уровне Th 5-8. Количество инъекций 3 с интервалом 48 часов. В состав инъекций включали цефазолин 1 г, лидокаин 20 мг, 40% раствор глюкозы 1 мл, в качестве растворителя и наполнителя использовали физиологический раствор. Интраоперационно устанавливали забрюшинно катетер по Школьникову, в который вводили в течение последующих 6-ти суток цефазолин по 1 г 2 раза в сутки, чередуя с внутримышечным введением этого же препарата в такой же дозировке. В настоящее время по указанному протоколу клинических исследований пролечено 16 пациентов. Каких-либо осложнений, связанных с применяемыми методиками не получено. Предварительные результаты позволяют оценить полученный эффект как удовлетворительный, а использование комбинированной лимфотропной методики ведения периоперационного периода как перспективное в лечении пациентов по поводу рака прямой кишки.

### СОДЕРЖАНИЕ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Осипова О.А., Афанасьев Ю.И., Коновалова Л.В.  
*Белгородский государственный университет,  
 медицинский факультет, кафедра внутренних  
 болезней №1  
 Белгород, Россия*

Особое внимание уделяется прогностическим возможностям определения особенностей нейрогуморальных систем.

#### Материалы и методы

Обследовано 53 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) в возрасте от 35 до 88 лет. Для определения функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) использовали классификацию Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА), ХСН II ФК выявлена у 19 (35,8 %). Определение в плазме периферической венозной крови альдостерона (АЛ) проводилось иммуноферментным методом (Aldosteront EIA, Diagnostic Systems Laboratories, Inc. USA).

#### Результаты исследования и их обсуждение

Изменения АЛ характеризовались повышением его содержания у больных ПИКС в целом по группе до  $(198,6 \pm 31,8)$  пг/мл, что на 39,3 % больше контрольной группы (КГ) ( $p < 0,01$ ). У больных II ФК ХСН составило  $(205,5 \pm 11,3)$  пг/мл, что превышало показатели КГ на 44,1 % ( $p < 0,01$ ).

II ФК ХСН характеризуется увеличением содержания АЛ. При этом не исключена более ранняя тканевая активация миокардиального образования АЛ, являющегося промотором фиброзных процессов в миокарде. Избыточная продукция АЛ может быть активирована компенсаторно для усиления процессов рубцевания в миокарде, а краткосрочные эффекты симпатoadrenalовой системы направлены на поддержание сниженной инотропной функции сердца.

### СРАВНЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ СВЕТООПТИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРОЕНИЯ МИОМЕТРИЯ МАТКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Павлович Е.Р.

*Лаборатория нейроморфологии с группой  
 электронной микроскопии ИКК  
 им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК  
 Москва, Россия*

Проводили изучение морфологии матки первородящих женщин с использованием качественного и количественного светооптического и

электронно-микроскопического анализа биопсийного материала, полученного во время абдоминальных родов, выполненных по экстренным показаниям со стороны матери или плода у 17 рожениц в возрасте от 20 до 38 лет (средний возраст -  $25,7 \pm 2,1$  года). Кесарево сечение выполняли в нижней трети матки, проводя разрез поперек ее длинника при сроке беременности женщин от 37 до 40 недель (Павлович с соавт., УСЕ, 2005) при физиологических родах, а также при дискоординации родовой деятельности или ее слабости. Иссекали участок матки, промывали его 0,1 М фосфатным буфером и помещали в 4% раствор параформальдегида на несколько суток в холодильник ( $t=4^{\circ}\text{C}$ ). Дофиксировали материал 2 часа в 1%  $\text{OsO}_4$ . 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. С этих же блоков готовили ультратонкие срезы для последующего ультраструктурного анализа материала. Показали на световых препаратах, а также под электронном микроскопом, что мышечные пучки одного порядка в нижнем сегменте матки были сформированы из гладкомышечных клеток (ГМК), имевших разное сродство к красителям (к толуидиновому синему на полутонких срезах, и к осмию, цитрату свинца, а также уранилацетату на ультратонких срезах). При этом у всех женщин в мышечных пучках матки встречались ГМК с разной интенсивностью окраски их цитоплазмы, которые располагались среди соединительной ткани вместе с элементами микроциркуляторного русла органа. Сравнивали клеточный состав ГМК миометрия на полутонких и ультратонких срезах и показали, что у всех рожениц ГМК можно было разбить на светлые, темные и промежуточные миоциты не зависимо от метода морфологического исследования. При этом светооптический анализ позволял охватывать большие области миометрия матки и относительно легко оценивать в них объемные плотности мышечных, соединительно-тканых и сосудистых компонентов. Он выявил вариабельность этих компонентов у разных рожениц при различных типах родовой деятельности. Подобные данные можно было получить и при оценке тканевого состава миометрия на электронограммах при небольшом увеличении микроскопа, но объем реальной выборки был бы при этом меньше, а трудозатраты существенно больше, чем при светооптическом анализе материала. В то же время, электронно-микроскопический анализ позволял выявлять детали строения миометрия матки, плохо различимые при световой микроскопии (внутриклеточное устройство ГМК и их контакты друг с другом, степень развития нервного аппарата миометрия, выраженность компонентов соединительной ткани и микроциркуляторного русла).

Несмотря на выявленные значительные индивидуальные вариации тканевых и клеточных компонентов миометрия рожениц, оба метода позволяли дополнить друг друга и разбить весь обследованный материал на группы, коррелирующие у женщин с характером родовой деятельности. Это позволяет надеяться на объективизацию оценки состояния рожениц во время родов не только по клиническим показателям, но и по морфологическим параметрам и предполагает в будущем коррекцию тканевого и клеточного состава органа в клинике с помощью медикаментозных средств с целью нормализации сократительной деятельности органа при патологических родах.

### РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДЕСНЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Первов Ю.Ю., Гурбанов К.Р., Болотная В.Н.,  
Попова К.М., Игнатьев С.А., Погорелый В.В.

Для морфологического исследования репаративных процессов в зоне протезного ложа слизистой оболочки десны у 128 мужчин в возрасте 30-70 лет с сахарным диабетом, под проводниковой анестезией брали участки слизистой оболочки десны размером  $1 \text{ мм}^3$  вблизи границы здоровой ткани по строгим медицинским показаниям с целью санации полости рта. В качестве объекта для исследования процессов репаративной регенерации нас также интересовали биоптаты, взятые по обеим сторонам десны. Материал изучен в разные сроки с момента постановки диагноза – 1-3 года, 4-5 лет, 6-10 лет, более 10 лет.

Нами установлено, что в собственной пластинке слизистой оболочки больных с сахарным диабетом наблюдаются явления повышенной пролиферативной активности в фибробластах, а также в эндотелиальных клетках кровеносных сосудов собственной пластинки. Анализ полученных данных показал, что пролиферативная активность структур находится в зависимости не только от формы заболевания, но также от сроков давности заболевания и возраста пациентов. Нами отмечено, что возрастает пролиферативная активность не только в эндотелии кровеносных сосудов СОПР больных сахарным диабетом, но также и в соединительной ткани, окружающей сосуд. Учитывая возрастные изменения слизистой оболочки полости рта, с помощью иммуногистохимического метода на выявление белка Ki-67 и метода Браше мы оценивали пролиферативную активность структурных элементов СОД у пациентов с сахарным диабетом в возрастной группе от 30 до 70 лет. Сравнительный анализ полученных данных показал, что в эпителиальной пластинке слизистой оболочки десны у больных сахарным диабетом с длительностью заболевания в анамнезе не менее 3 лет маркируются пролиферирующие клетки только в базальном