

ных ОУГ начиная с I ст. заболевания достоверно выше, чем в группе контроля.

Вывод

Ультразвуковые методы диагностики с использованием доплеровских методик позволяют оценить количественные показатели кровотока в глазничной артерии и ее ветвях при различных стадиях открытоугольной глаукомы, что дает возможность более детально подойти к диагностике, лечению и прогнозированию ее течения.

ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КЛАПАННЫХ И СФИНКТЕРНЫХ АППАРАТОВ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Павлович Е.Р.

Кафедра морфологии человека МБФ, ГОУВПО РГМУ и лаборатория нейроморфологии с группой электронной микроскопии ИКК им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК Москва, Россия

Наличие в организме человека многочисленных полых органов в системе пищеварения, требующих направленного перемещения сначала пищи, затем продуктов пищеварения, а в последствии и экскрементов, предполагает существование клапанного аппарата или сфинктерных систем, обеспечивающих эту однонаправленность. На занятиях по морфологии человека студентам 1 и 2 курсов медико-биологического факультета РГМУ дается представление об организации сфинктеров в области перехода пищевода в желудок, желудка в двенадцатиперстную кишку, а также клапанов при переходе тонкой кишки в толстую и сфинктерного аппарата ануса. Следует подчеркивать важное значение этих аппаратов для нормального функционирования органов системы пищеварения, а также их существенную роль в патофизиологии человеческого организма. Необходимо обращать внимание студентов на неразработанность единой концепции функционирования пищеварительной системы и ее клапанно-сфинктерного аппарата, который реально может препятствовать обратному движению пищи в норме, но используется организмом в компенсаторно-защитных реакциях при отравлениях, стрессах, изменениях гравитации, температурных колебаниях во внешней среде и в других случаях. Известно, что в норме нет обратного движения пережеванной пищи из пищевода в ротоглотку и ротовую полость, из желудка в пищевод, из двенадцатиперстной кишки в желудок, из толстого кишечника в тонкий. Это предполагает существование локального и согласованного сокращения мышечной стенки желудочно-кишечного тракта на значительном ее протяжении за счет

наличия малоизученных элементов проводящей системы (предположительно гладкомышечной природы) и их регуляторных аппаратов (нервной и сосудистой природы). Рассогласованность работы системы пищеварения способна привести к застою продуктов на любой стадии их переваривания или даже их обратному перемещению по пищеварительному тракту, что нежелательно из-за различий в кислотности среды в разных участках тракта. В конечном счете, это приведет к тяжелым расстройствам процессов переваривания пищи и всасывания питательных веществ, с последующим развитием дисбактериоза в кишечнике и нарушениями дефекации при развитии сопутствующей дисфункции печени, желчных протоков, желчного пузыря, а также поджелудочной железы. Особенно много проблем с желудочно-кишечным трактом наблюдается в старости (старческие запоры) и у людей злоупотребляющих алкоголем (отсутствие аппетита, метеоризмы, диспепсии). При форс-мажорных обстоятельствах организм использует сфинктерные и клапанные системы желудочно-кишечного тракта по своему усмотрению в защитных целях (рвота и/или понос при отравлениях, дисбактериозе, расстройствах вестибулярного аппарата), сводя к минимуму возможность произвольной регуляции сфинктерных систем со стороны человека (произвольной мускулатуры ануса), что осложняет существование индивидуума в социуме. Для всех преподавателей должно быть очевидным, что сформулированные выше проблемы вузовского обучения студентов-медиков являются мультидисциплинарными и должны решаться не только морфологами /Колесников Л.Л., 2000/ и физиологами, но и клиницистами в целях формирования у студентов познавательных навыков, которые пригодятся им в последствии в их клинической и научно-педагогической деятельности.

КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ

Парахонский А.П., Полянский А.В.
*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Цель работы – оценка и систематизация особенностей состояния иммунитета больных хроническими гастродуоденитами (ХГД) и разработка иммунокорректирующей терапии. Клинико-иммунологическое исследование проведено у 43 пациентов с ХГД. Пациентам проводилось традиционное лечение и иммунокоррекция вифероном (рИФН- $\alpha 2\beta$) в сочетании с традиционной терапией.

Установлено, что при ХГД наблюдаются нарушения иммунитета в виде вторичных иммунодефицитных состояний (ИДС). Клинико-

иммунологическое исследование выявило, что у 87,23% больных в стадии обострения отмечается комбинированная недостаточность иммунной системы (ИС). При этом повреждения Т-клеточного звена и системы нейтрофильных гранулоцитов (НГ) наблюдались у 59,89%; Т-клеточного и гуморального звена у 9,87%; гуморального звена и системы НГ – у 17,47% больных. Изолированные нарушения Т-системы иммунитета наблюдались у 6,77% пациентов; гуморального звена – у 4,02%, системы НГ – 1,98%. Во всех случаях вторичных ИДС доминировала патология НГ.

При обследовании больных в период обострения выявлены дефекты клеточного звена в виде снижения количества CD3+ лимфоцитов, повышения CD8+ и CD16+ клеток, инверсии иммунорегуляторного индекса, а также изменения со стороны гуморального иммунитета, характеризующиеся уменьшением концентрации сывороточного иммуноглобулина А, которые не зависят от тяжести и длительности заболевания. Выявлен различный характер дефектов функционирования НГ, выражающийся в усилении экспрессии CD16+ и CD95+ рецепторов, количественной недостаточности активно фагоцитирующих клеток, депрессировании процессов переваривания, нарушении работы микробицидных систем, которые характеризуются повышением активности миелопероксидазы, кислой фосфатазы и содержания катионного белка. При этом выраженность и направленность изменений функционирования системы НГ коррелирует с активностью патологического процесса, давностью заболевания и характером течения.

Показано, что традиционная терапия не восстанавливает изменённые показатели Т-клеточного звена ИС и системы НГ до нормального функционирования, что свидетельствует о незавершённости хронического воспалительного процесса в слизистой оболочке и способствует развитию рецидива после лечения. Наиболее информативными иммунодиагностическими критериями активности патологического процесса и прогнозирования исхода ХГД являются показатели, характеризующие функциональную активность нейтрофилов – рецепторный аппарат, фагоцитарная активность, состояние бактерицидных систем и ответы в функциональных нагрузочных тестах. Иммунокоррекция вифероном на фоне традиционной терапии продемонстрировала позитивный клинико-иммунологический эффект. Он выражался в нормализации показателей клеточного звена ИС и системы НГ, сокращении сроков выхода в ремиссию, повышении эффективности лечения, удлинении сроков ремиссии и сокращении количества рецидивов.

Таким образом, полноценная диагностика иммунологических нарушений у больных с ХГД возможна при использовании комплекса диагностических тестов. Рекомендуется использовать

предлагаемый способ прогнозирования исхода заболевания, позволяющий изменять тактику традиционного лечения. Иммуномодулятор виферон целесообразно включать в комплекс лечения ХГД для устранения нарушений функционирования системы НГ, клеточного и гуморального звеньев ИС. Комплексная оценка функционального статуса НГ, оснащённых мощными микробицидными и цитотоксическими механизмами, позволяет вскрыть патогенез ХГД. Глубина поражений системы НГ тесным образом связана со степенью активности патологического процесса и зависит от давности заболевания.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Применение иммунологических методов позволяет приступить к глубокому изучению иммунопатогенеза острых респираторных заболеваний (ОРЗ). Цель работы – изучение особенностей функционирования нейтрофильных лейкоцитов и моноцитов крови при ОРЗ с обструкцией дыхательных путей и выявление диагностических признаков степени тяжести процесса. У 52 больных с различными клиническими вариантами течения ОРЗ изучена экспрессия Fc- и C3b-рецепторов, состояние бактерицидных механизмов в фагоцитах периферической крови в зависимости от степени тканевой гипоксии. Проведен сравнительный анализ фагоцитарной активности, а также иммунопатологических изменений с оценкой их диагностической и прогностической значимости при обструкции дыхательных путей.

Установлено, что функциональная активность клеток-фагоцитов крови миеломоноцитарного происхождения коррелирует со степенью выраженности тканевой гипоксии, определяющей тяжесть течения осложнённых форм ОРЗ при обструкции дыхательных путей. Тканевая гипоксия способствует умеренной активации нейтрофильных лейкоцитов и моноцитов, экспрессирующих Fc- и C3b-рецепторы, вызывает усиление мобилизации в циркулирующие пулы клеток с признаками снижения потенциальной цитотоксичности и микробицидности. Увеличение длительности воздействия данного стрессового фактора сопровождается депрессией всех механизмов фагоцитоза.

Показано, что изменение концентрации Fc- и C3b-позитивных клеток, генерации активных форм кислорода, активности миелопероксидазы и кислой фосфатазы в фагоцитах у больных с ОРЗ и обструкцией дыхательных путей коррелирует с динамикой клинических проявлений. Нарушения функциональной активности нейтро-