

В соответствии с задачами исследования определены основные субпопуляции лимфоцитов с использованием моноклональных антител к поверхностным дифференцировочным антигенам. Тестировались CD3 положительные лимфоциты, идентифицируемые как зрелые Т-лимфоциты; CD4 положительные клетки, определяемые как хелперно-индукторная субпопуляция Т-лимфоцитов, и CD8 положительные клетки - супрессорно-цитотоксическая субпопуляция зрелых Т-клеток. В результате анализа полученных данных были выявлены следующие закономерности: процентное содержание CD3 положительных лимфоцитов составляло 56.3 ± 2.8 , достоверно не отличалось от «средней» нормы; содержание CD4 положительных лимфоцитов составляло 46.1 ± 2.1 , что было достоверно выше нормативных значений. Так же тестировалось достоверное снижение CD8 Т-лимфоцитов (16.5 ± 1.2) относительно «средней» нормативного содержания.

Определение концентрации IgA и содержания циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови обследованных пациентов выявило достоверное повышение уровня обоих изучаемых показателей, «средние» которых составили 3.16 ± 0.14 г/л и 203.1 ± 12.4 усл.ед. соответственно.

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентов с ревматоидным артритом с незначительной активностью процесса тестируются выраженные воспалительные реакции и деструктивные изменения, происходящие на фоне активации клеточного и гуморального звеньев иммунной системы, проявляющейся в повышении содержания CD4 положительных лимфоцитов на фоне достоверного снижения CD8 положительных Т-клеток, активным синтезом иммуноглобулина класса А и образованием циркулирующих иммунных комплексов.

Особенности морфологических и метаболических изменений в миокарде при экспериментальном синдроме длительного сдавления

Ефремов А.В., Антонов А.Р., Машков С.В.,
Рейхерт В.Э.

*Государственная медицинская академия,
Новосибирск*

В работе изучались корреляционные соотношения между содержанием микроэлементов и патоморфологическими изменениями в миокарде в посткомпрессионном периоде экспериментального синдрома длительного сдавления.

В первые сутки после компрессии наиболее характерны диффузные дистрофические изменения КМЦ. Их отек и пересокращение увеличивают средний диаметр клеток по сравнению с контролем. Морфометрические параметры артериолярного русла меняются мало, но количество открытых капилляров увеличено. При электронномикроскопическом исследовании в КМЦ обнаруживаются признаки повреждения по контрактурному типу разной степени выраженности. В наименее пострадавших КМЦ (согласно полуколичественной оценке их более 60%) они носят

обратимый характер. В более поврежденных клетках (их около 30%) имеются истинные контрактуры с разрывами миофибрилл в соседних участках. Некоторые клетки (около 10%) подвергаются необратимой дегенерации. Выявляются дряблость миокарда и очаговые изменения тускло-желтого или светло-коричневого цвета с довольно четкими границами, иногда сливающиеся между собой, но без кровоизлияний вокруг. В первые сутки также отмечается выраженный отек стромы миокарда и мелкие кровоизлияния в ней. Ядра большинства мышечных волокон с типичными нарушениями в цитоплазме были сохранены или даже гиперхромны, то есть изменения в цитоплазме КМЦ соответствовали характерным изменениям, наблюдаемым при начальных сроках гипоксии или некролиза. Однако сохранность ядер большинства волокон и отсутствие клеточной реакции указывают на обратимость этих изменений. Сроки развития очагов повреждений, их локализация в межжелудочковой перегородке или стенках левого желудочка позволяют рассматривать их как повреждения миокарда гипоксического (ишемического) генеза, однако нельзя исключить их возникновения вследствие стрессорного (гормонального) воздействия. К концу периода наблюдения отмечались дистрофические изменения КМЦ, имеющие более очерченный характер, а также участки гипертрофии миокарда с выраженным кардиосклерозом. Показатели микроциркуляторного русла не отличаются от контрольных. Ультраструктурные исследования и стереоморфометрия свидетельствуют о повышенном объеме миофибрилл в КМЦ без каких-либо признаков острого повреждения органоидов. Прделанная работа полностью подтверждает концепцию «вторичного посттравматического микроэлементоза», возникающего в период декомпрессии СДС. В понятие «вторичный посттравматический микроэлементоз» мы сводим пролонгированные купродефицит и гипоманганоз, двухфазную динамику железа и цинка с результирующей в виде железо- и цинкдефицита, так и дисбаланс этих МЭ, особенно в системе «плазма-лимфа-миокард». Проведенный корреляционный анализ выявил положительные связи между концентрацией меди в миокарде и выраженностью деструктивных процессов в кардиомиоцитах ($+ 0,7$; $p < 0,05$) и отрицательные связи между содержанием марганца и селена и частотой необратимых повреждений кардиомиоцитов ($-0,6$; $p < 0,05$). Следовательно, нарушения обмена микроэлементов имеют четкую проекцию на структурные изменения миокарда, что дает возможность либо предупредить их, либо существенно снизить в ходе комплексной терапии СДС.

Нарушения противоопухолевого иммунитета при доброкачественных опухолях и раке гортани

Ефремов А.В., Антонов А.Р., Киселев А.Б.,
Мусин К.Р.

*Государственная медицинская академия,
Новосибирск*

Объектом исследования служили 108 мужчин, страдающих раком гортани II-III ст. в возрасте 33 – 72

лет. Большинство больных были в возрасте от 51 до 60 лет – 58 пациентов (53,3%), в возрасте от 61 до 70 лет – 24 пациента (21,7%) и наименьшее количество больных выявлено в возрасте от 33 до 40 лет – 2 пациента (1,6%), остальные 10 пациентов (10%) пришли на возраст старше 70 лет. Всем больным для верификации диагноза произведено гистологическое исследование опухоли. Исследование показало, что преобладали плоскоклеточные формы рака, из них высокодифференцированный рак выявлен у 8 (7,4%) пациентов, умеренно-дифференцированный рак – у 63 (58,3%) пациентов, низкодифференцированный рак – у 37 (34,3%) пациентов. Все больные были обследованы до каких-либо оперативных вмешательств, либо лучевой терапии или их комбинации. Оториноларингологическое обследование также включало переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, отоскопию. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, включающее боковую рентгенограмму шеи и переднюю томографию гортани. Группа сравнения включала 35 мужчин с доброкачественными опухолями гортани в возрасте 28-60 лет. Обследование проводилось также до какого-либо лечения. Контроль составили 32 мужчины-донора в возрасте 30 - 45 лет. У обследованных пациентов были определены основные субпопуляции лимфоцитов с использованием моноклональных антител к поверхностным дифференцировочным антигенам. Тестировались CD3 положительные лимфоциты, дифференцируемые как зрелые Т-лимфоциты; CD4 положительные клетки, определяемые как хелперно-индукторная субпопуляция Т-лимфоцитов; CD8 положительные клетки - супрессорно-цитотоксическая субпопуляция зрелых Т-клеток. Кроме того, определялись CD16 положительные лимфоциты, дифференцируемые как популяции NK-клеток. «Средняя» процентного содержания CD3 положительных лимфоцитов в группе РГ и ДОГ достоверно не отличалась от «средней» группы доноров. При сравнении «средних» значений данного показателя между обследуемыми группами также не было выявлено достоверных различий. «Средняя» процентного содержания CD4 положительных лимфоцитов у пациентов с ДОГ составила 38.2 ± 1.6 , а в группе больных РГ - 34.4 ± 1.8 . В результате проведенных исследований было выявлено, что в группе пациентов с ДОГ отмечается выраженная тенденция к снижению «средней» процентного содержания CD16 положительных лимфоцитов, которая составила 11.2 ± 1.1 , по сравнению с донорской группой – 14.5 ± 2.1 . Наиболее значимыми изменениями в Т-клеточном звене иммунной системы при РГ является достоверное, практически в 2 раза, снижение CD16 положительных лимфоцитов, определяемых, как NK-клетки, которые играют значимую роль в противоопухолевом иммунитете. Характерным для развития опухолевого процесса в организме (как доброкачественного, так и злокачественного) является активация CD8 положительных лимфоцитов, что выражается в достоверном повышении «средней» их процентного содержания как при ДОГ, так и при РГ. При РГ повышение уровней процентного содержания CD8 положительных лимфоцитов сопровождается достоверным снижением CD4 положительных лим-

фоцитов. Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о сопряженности происходящих в организме перестройках иммунной системы.

Изучение эффективности галавтилина у больных рожей

Жаров М.А.

Майкопская городская клиническая инфекционная больница, Майкоп

В 2000-2001 годах в больнице пролечено 150 больных рожей. Для оценки терапевтической эффективности лечения рожи проанализирована динамика основных показателей клинического течения болезни в трёх группах в сравнительном аспекте, в зависимости от метода местного лечения очага воспаления рожи. Клиническая картина рожи у наблюдаемых больных характеризовалась рядом общих симптомов независимо от формы, тяжести, варианта течения, выраженности интоксикационного синдрома, длительность которых завесила от применяемого метода лечения. Эффективность применения галавтилина изучена в комплексной терапии у 53 больных (1 группа) рожей; мужчин – 20, женщин – 33, в возрасте до 44 – 9 человека, от 45 до 64 – 29, свыше 65 – 15. Больные поступали в среднем на 4 день от начала болезни. Первичная рожа имела место у 41 больного, рецидивирующая – у 12. Эритематозная форма наблюдалась у 32, эритематозно-буллезная – 7, буллезно-геморрагическая – 9, эритематозно-геморрагическая – 5. Легкая форма заболевания установлена в 7, средне-тяжелая в 40, тяжелая – 6. При поступлении зарегистрированы выраженные симптомы интоксикации: лихорадка – 100%, слабость – 92%, снижение аппетита – 88%, ломота в мышцах – 66,7, головная боль – 61,3%, тошнота – 27,3%, рвота – 15,3%. Из антибактериальных средств применялись пенициллин, гентамицин, линкомицин, цефалоспорины. Дезинтоксикационная терапия включала назначение глюкозо-солевых растворов, гемодеза, реополиглокина. Галавтин наносился на пораженную поверхность 2 раза в день в течение 3-12 дней. После наложения мази уменьшались боли, исчезало чувство жжения. Непереносимости препарата не отмечено. При эритематозной форме отек и гиперемия исчезали в среднем на 6 день, эритематозно-буллезной – на 8, эритематозно-геморрагической – на 11, буллезно-геморрагической – на 11 день лечения. Средний койко-день в группе больных эритематозной формой рожи составил 6, эритематозно – буллезной – 9, эритематозно-геморрагической – 13, буллезно-геморрагической – 14 дней. В группах контроля (2 группа – физиолечение; 3 группа – хлоргексидин) без применения галавтилина было пролечено 97 больных рожей. Мужчин было 37, женщин – 60; в возрасте от 0 до 44 лет - 17, от 45 - 64 - 44, старше 65 – 36 человек. При эритематозной форме отек и гиперемия исчезали в среднем на 9 день, эритематозно-буллезной – 13, эритематозно-геморрагической – 19, буллезно-геморрагической – на 20 день лечения. Средний койко-день в этой группе больных при эритематозной формой рожи составил - 10, эри-