

7) утолщение купола слепой кишки.; 8) повышение эхогенности жировой ткани вокруг слепой кишки и вокруг червеобразного отростка; 9) увеличенные гиперплазированные лимфатические узлы в правой подвздошной области.

Ультразвуковая картина варьирует при опущении или атопии правой почки, опущение или увеличение правой доли печени, при атеросклеротических изменениях подвздошных сосудов. Дистопия слепой кишки или долихосигма также могут привести к отрицательной интерпретации УЗИ картины атипичных аппендицитов. Объемные образования брюшной полости и забрюшинного пространства, спаечный процесс также усложняют УЗИ диагностику аппендицита. С особой осторожностью мы подходим к решению проблемы атипично расположенного отростка у женщин, в поздних сроках беременности и при воспалительных заболеваниях матки и придатков.

Для работы использован многоцелевой линейно-секторный конвексный скеннер «эхо-камера» SSD-630 японской фирмы «АЛОКА», с набором датчиков 2,5 мгц.; 3,5 мгц и 5 мгц., линейных и конвексного. При атипично расположенных формах аппендицита УЗИ картина подпеченочно расположенных аппендицитов выглядела следующими образом: увеличение размеров печени, усиление сосудистого рисунка, утолщение стенок желчного пузыря, увеличение размеров правой почки, утолщение и отечность стенок восходящего отдела толстой кишки. В нашем исследовании больных с подпеченочным расположением отростка было 21 (8,8%); с ретроцекальным расположением 147 (62,0%), при этом на УЗИ определяется, при продольном сканировании, фрагмент ретроцекально расположенного патологически измененного червеобразного отростка. Тазовое расположение отростка наблюдалась в 24 случаях (10,1%). На УЗИ у девочек отмечается увеличение размеров правого яичника и нечеткость контуров, скопление жидкости в позадидаточном пространстве. Ретроперитонеальное расположение отростка – у 15 больных (6,3%). Чаще всего больные поступают на 3 сутки, в связи с этим определяются осложненные формы острого аппендицита в виде аппендикулярного инфильтрата с жидкостным компонентом и измененными периаппендикулярными тканями. Полученные данные позволили установить, что из атипично расположенных форм аппендицита в подавляющем большинстве случаев встречаются ретроцекальные формы, и реже все-го ретроперитонеальные.

Проведенные УЗИ исследования не исключают общеклинические исследования. Лапароскопическая диагностика проводилась в сомнительных случаях при несоответствии клинической и УЗИ картины. Переход на лапаротомию в случаях атипичного расположения аппендицита оправдан. Считаем, что во время лапаротомии возможность ревизии илеоцекальной области выше, оказать хирургическое пособие проще, с учетом воспалительных изменений купола слепой кишки и самого червеобразного отростка. Операция завершается установлением дренажа для введения антибиотиков и контроля возможного кровотечения.

Таким образом, в диагностике атипично расположенных аппендицитов УЗИ исследование является

кардинальным, так как информативность его достигает 95%.

ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СВЕТООПТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ОПЕРАЦИОННЫХ БИОПСИЙ МАТКИ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Павлович Е.Р., Ботчей В.М., Подтетенев А.Д.
*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом
перинатологии ЛФ ВО, кафедра морфологии МБФ
РГМУ и лаборатория нейроморфологии с группой
электронной микроскопии ИКК
им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ,
Москва*

С целью верификации клинического диагноза 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 с физиологической или патологической родовой деятельностью. Кесарево сечение выполняли в нижней трети матки, проводя разрез вдоль ее длинника. 2 женщины имели физиологическую родовую деятельность матки, а еще 4 имели дискоординацию родовой деятельности (ДРД) или ее слабость (СРД) при сроке беременности от 37 до 44 недель. Возраст женщин был от 21 до 27 лет (средний возраст - 23 ± 1 года). В части случаев имела место острая или хроническая гипоксия плода. Иссекался участок матки, промывался 0,1 М фосфатным буфером и помещался в 4% раствор параформальдегида на несколько суток в холодильник ($t = 4^\circ\text{C}$). Дофиксировали материал в 1% OsO_4 2 часа. Проводили дегидратацию в спиртах 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. Показали на светооптических препаратах, что мышечные пучки одного порядка в нижнем сегменте матки были сформированы из гладкомышечных клеток (ГМК), имевших разное сродство к толуидиновому синему. При этом в норме и патологии в мышечных пучках могли встречаться как интенсивно, так и слабо окрашенные миоциты. Находили и ГМК с промежуточной степенью окраски цитоплазмы. При СРД в мышечных пучках одного порядка было почти в 2 раза меньше темных миоцитов, чем при физиологических родах и ДРД. А при физиологических родах и ДРД матки светлых миоцитов было в 3,9 - 8,5 раза меньше, чем темных ГМК. При этом количество миоцитов в поле зрения было существенно выше (в 1,3 - 1,4 раза) у рожениц с нормальной родовой деятельностью, чем при ДРД и СРД матки. Это связано, по видимому, с более мелкими размерами ГМК в первой группе рожениц, по сравнению со второй и третьей (случаями дистоции). Анализ тканевых компонентов матки показал, что во всех оцененных случаях преоб-

ладающим компонентом органа были ГМК, доля которых составляла от $53,9 \pm 3,5\%$ до $69,7 \pm 3,0\%$ от общего объема органа у разных женщин. Доля соединительной ткани также варьировала у разных рожениц от $27,2 \pm 2,2\%$ до $43,4 \pm 2,6\%$ от объема миометрия. Плотность микроциркуляторного русла различалась у разных первородящих более чем в 2 раза и колебалась от $1,6 \pm 0,8\%$ до $3,8 \pm 1,1\%$ от общего объема органа. Вместе с тем, не смотря на вариации, сохраняется общий план строения миометрия как мышечно-соединительнотканного органа. Обсуждается возможная роль обнаруженных типов ГМК матки у рожениц в функции этого органа во время физиологических и патологических родов, а также значение полученных количественных данных в объективизации диагностики морфологических основ аномалий родовой деятельности и в решении вопроса о целесообразности медикаментозного вмешательства для нормализации сократительной деятельности органа в родах.

ПРОБЛЕМЫ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Парахонский А.П.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Определение показаний к назначению иммуномодулирующих препаратов является одной из наиболее актуальных проблем клинической иммунологии, где сегодня существует много нерешенных задач. Это - отсутствие единой трактовки значения иммунных нарушений в патогенезе различных заболеваний, адекватной классификации иммунозависимых заболеваний и классификации иммуноактивных препаратов, полноценных общепринятых иммунограмм, охватывающих всё многообразие иммунных нарушений при той или иной болезни, быстрых методов индивидуального подбора препаратов

Чрезмерно широкое использование иммуностропных, особенно иммуномодулирующих препаратов первого поколения при различной внутренней патологии, основанное на неточных представлениях о роли иммунных нарушений в патогенезе многих заболеваний, привело, с одной стороны, к отказу и даже дискредитации этих препаратов (левамизол, тималин, нуклеинат натрия), а с другой – к расширению спектра и количества иммуноактивных препаратов, в частности, интерферонов и их индукторов, интерлейкинов, вакцин, специфических иммуноглобулинов и моноклональных антител, использование которых сделало существенный прогресс в лечении аутоиммунных, аллергических и инфекционных заболеваний. Единого лечебного алгоритма применения тех или иных иммуностропных препаратов ещё нет, и приходится основываться на клинической картине заболевания и особенностях иммунного статуса конкретного пациента, определяемого, чаще всего, по общей иммунограмме, которая не всегда отражает состояние ведущих звеньев иммунопатогенеза. Выполнение полноценной и адекватной иммунопрограммы с определением неспецифических и антигенспецифических гуморальных, клеточных реакций, уровней регуля-

торных цитокинов и интерферонов, активности апоптотических процессов трудоёмко, дорого и занимает длительное время, что ограничивает её широкое клиническое применение. В противоположность использованию длительных по времени и дорогостоящих иммунологических методов, существует альтернативный подход, основанный на согласованном лечебном и диагностическом алгоритме, утверждённом для каждого заболевания, где имеются указания по применению того или другого препарата и его дозы, например применения глюкокортикоидов при различной степени течения бронхиальной астмы. Оба этих подхода к применению иммуностропных препаратов, безусловно, несовершенны, но будущее как по экономическим и время затратным причинам, так и с позиции доказательной медицины, за вторым подходом к лечению, основанным на международных общепринятых консенсусах и рекомендациях. В этой ситуации необходимы конкретные рекомендации для каждого иммунозависимого заболевания, должен быть обозначен диагностический алгоритм – глубина и объём иммунных исследований, а также лечебный алгоритм, включающий перечень основных лечебных средств, в том числе иммуностропных. В этом, возможно, и состоит основная задача иммунологии на текущий период, решение которой будет способствовать эффективному применению иммуноактивных препаратов, что в свою очередь диктует организацию централизованных исследований по унификации методов диагностики и созданию схем лечения, которые должны соответствовать международным стандартам. Широкое изучение иммунного статуса с определением клеточного, гуморального, цитокинового и интерферонового статуса в реальных условиях даже в экономически развитых странах ограничено и направлено на решение научных задач, а именно, изучение механизма действия новых иммуноактивных препаратов и эффективности применения этих препаратов при лечении определённых заболеваний. Использование критериев доказательной медицины в применении иммуностропных препаратов – это общая задача не только иммунологов, но и других специалистов.

ГЕОМАГНИТНАЯ ВОЗМУЩЕННОСТЬ И ОСЛОЖНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Петрова П.Г.¹, Стрекаловская А.А.¹,

Самсонов С.Н.², Соколов В.Д.², Иванов К.И.³

¹- Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова, Якутск,

²-Институт космофизических исследований и астрономии СО РАН им. Ю.Г. Шафера, Якутск,

³-Министерство здравоохранения РС(Я), Якутск,

Артериальная гипертония (АГ) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем человечества и современной медицины.

В последнее десятилетие в Республике Саха (Якутия) АГ и связанные с ней сосудистые заболевания сердца и мозга вышли на первое место среди причин смертности населения.