

заболевания затяжное течение. Микробный пейзаж полости брюшины пациентов с подобной патологией по данным исследований З.К. Забегальской представлен коли-стафило-стрептококковой ассоциацией в незначительном количестве без диффузного распространения воспалительного процесса с наличием скудной перитонеальной симптоматики. Нарушение равновесия микробных ассоциаций с активацией патогенных штаммов микроорганизмов приводит к появлению токсического компонента кишечного содержимого в области илеоцекального сегмента. Токсическое воздействие на слизистую оболочку тонкой кишки разрешается ее частичным некрозом с дальнейшим распространением деструктивных изменений на все слои кишечной стенки, входящей в инфильтрат. Кроме этого, отмечается местная экссудативная реакция за пределами кишки. Изучая отдельные стороны этиопатогенеза осумкованного воспалительного процесса, выявлен ряд аргументов для обоснования метода энтерального введения сорбента. В этом случае механизмы действия энтеросорбентов рассчитаны на детоксикацию кишечной трубки и лимфотоксического коллектора, нормализацию микробного пейзажа илеоцекального сегмента (свойственную продуктам деацетилованного хитина с учетом уже известных механизмов их воздействия на структуры бактериальной стенки), снижение воспалительных процессов всех слоев кишечной стенки и экссудативной реакции за пределами кишки, изменение трансклеточного и межклеточного обменов веществ. Таким образом, появились перспективы применения неинвазивных методов лечения гелевыми формами хитозана у пациентов с осумкованными воспалительными процессами брюшной полости, которые в комплексном лечении позволяют снизить гнойно-септические осложнения.

УЧАСТИЕ БУЛЬБОУРЕТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА В ПОДДЕРЖАНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА ЭЯКУЛЯТА

Боронихина Т.В.

*Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова,
Москва*

Иммунологический гомеостаз эякулята является важнейшим фактором его оплодотворяющей способности. Спермальные лейкоциты, представленные преимущественно гранулоцитами, участвуют в селекции сперматозоидов и элиминации их патологических форм. Основными источниками гранулярных лейкоцитов спермы считаются секреты добавочных половых желез. В настоящем исследовании изучалась возможность трансэпителиальной миграции лейкоцитов в бульбоуретральные железы (БУЖ), изъятых при аутопсии мужчин различного возраста (от грудного периода до 90 лет). В срезах БУЖ иммуногистохимически визуализировали лейкоциты с использованием моноклональных антител к общему лейкоцитарному антигену LCA. Поскольку БУЖ обладают собственной лимфоидной тканью, абсолютное большинство в которой составляют Т лимфоциты, параллельно ста-

вили реакцию с моноклональными антителами к антигену Т клеток CD45RO. Количество положительно окрашенных клеток определяли в процентах к числу эпителиоцитов в протоках и в концевых отделах желез.

LCA-позитивные и CD45RO-позитивные клетки выявлены в БУЖ мужчин всех исследованных возрастных групп. Клетки локализовались преимущественно интраэпителиально, большинство из них располагалось в эпителии протоков, меньшая часть – в концевых отделах. В детском, подростковом, юношеском периодах, а также у мужчин зрелого возраста (22–60 лет) в протоках и в концевых отделах БУЖ не обнаружено статистически значимой разницы между числом LCA-позитивных клеток и количеством Т лимфоцитов. Эти данные исключают присутствие иных видов лейкоцитов в паренхиме БУЖ в указанные периоды жизни, помимо Т клеток собственной лимфоидной ткани желез. У мужчин пожилого (61–74 лет) и старческого (75–90 лет) возрастных периодов в эпителии протоков и в концевых отделах БУЖ число лейкоцитов превышало количество CD45RO-позитивных клеток. Так как наличие В клеток и моноцитов-макрофагов не типично для лимфоидной ткани БУЖ, можно допустить, что зарегистрированное увеличение лейкоцитов происходит за счет их гранулярных форм, а интраэпителиальная локализация клеток предполагает возможность их миграции в секрет желез. Участие БУЖ в поступлении лейкоцитов в сперму у мужчин пожилого и старческого периодов жизни может быть одним из гомеостатических механизмов, запуск которого обусловлен характерным для этого возраста увеличением аномальных форм сперматозоидов в эякулятах.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА МЕТАБОЛИЗМ БЕЛКА СЫВОРОТКИ КРОВИ И ЛИМФЫ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Вапняр В.В.

*Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск*

Целью работы явилось исследование метаболизма сывороточного белка крови и периферической лимфы человека при острых и хронических воспалительных процессах, сопровождающихся, как правило, различной степенью стресса.

Обследовано 39 взрослых людей. Из них практически здоровые люди (16) - I группа, больные с обострениями хронических воспалительных процессов легких (14), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (9) - II группа. В сыворотке венозной крови и лимфе, взятой из подкожных сосудов нижней трети голени, содержание белков определяли обычным рефрактометрическим методом, а также электрофоретическим микрометодом их разделения в 20-50 мкл охлажденных проб. С помощью радиоиммунологического метода исследован статус гормонов (АКТГ, кортизол, СТГ, Т₃, Т₄).

В I группе здоровых людей периферическая лимфа содержит низкий уровень АКТГ, кортизола,

СТГ ($P < 0,05$), T_3 ($P < 0,01$), по сравнению с их концентрацией в сыворотке крови. Содержание общего белка сыворотки крови и лимфы имеют значимое различие, которое соответственно составляет $80 \pm 1,90$ г/л и $24 \pm 1,32$ г/л, тогда как альбумины и глобулины в исследуемых средах находятся, примерно, в равном соотношении.

Во II группе концентрации кортизола ($P < 0,05$), а также гормонов T_3 и T_4 ($P < 0,01$) лимфы низкие, сравнительно их содержания в сыворотке крови, где коэффициент соотношения соответственно снижен в 2,5 и 5,4 раза. Концентрации гормонов T_3 и T_4 лимфы, по сравнению содержанием гормонов лимфы I группы, имеют низкие значения ($P < 0,001$), а коэффициент соотношения по обоим показателем снижается в 3,2 раза. У больных страдающих язвой желудка и 12-перстной кишки концентрации альбумина сыворотки крови и лимфы соответственно составляют $23 \pm 2,10$ г/л и $17 \pm 1,4$ г/л, при обострении хронического воспаления легких - $30 \pm 2,25$ г/л и $16 \pm 2,32$ г/л ($P < 0,001$). В обследуемой группе, по сравнению с нормой, АКТГ лимфы достоверно выше ($P < 0,05$), а АКТГ и кортизола сыворотки крови имеют тенденцию к увеличению ($P > 0,05$). Содержание общего белка сыворотки крови снижено за счет альбуминов, при наличии повышенного содержания глобулинов. В лимфе имеет место та же направленность сдвигов содержания общего белка и его компонентов, носящих более выраженный характер.

На основании полученных результатов, а также данных специальной литературы нами разрабатывается модифицирующая система, отражающая взаимодействие между воспалением, стресс-реакцией, метаболизмом, реактивностью кровеносного и лимфатического капиллярного русла. Протеины крови, исполняющие роль депо энергетического субстрата, способны активно проникать через венозную сеть капилляров, обладающих повышенной проницаемостью при воспалении, в интерстиций. Работа миоцитов лимфангионов совместно с лимфатической капиллярной сетью развивает "засасывающий эффект" белка из интерстиция в сосуды против градиента давления, чем определяет величину концентрации белка в лимфе, являющейся продуктом питания лимфоидной ткани. Активное действие катехоламинов при стрессовых реакциях, сопровождающие воспалительные процессы легких, пищеварительного тракта, других органов также свидетельствуют в пользу особенности гормонально-метаболического статуса. АКТГ, кортизол, являясь стимуляторами энергетических процессов в организме, имеют направленность к их увеличению, преимущественно в лимфе. Избирательность снижения гормона T_3 может расцениваться как тест, отражающий интенсивный метаболизм в тканях, стрессовых состояниях (Г.В.Верещагина и соавт., 1989; Viebusk j., 1990). Гормон T_3 , и его прогормон T_4 , принадлежат к активным тиреоидным гормонам через рецепторы клеточных мембран действующим на тканевом уровне всего организма.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕКТОР-МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Вострикова С.А., Лепилин А.В.

*Государственный медицинский университет,
клиника «Альфа-Дент»,
Саратов*

Важную роль в формировании воспалительного процесса в пародонте играют тучные клетки. Тучные клетки регулируют тканевой гомеостаз, микроциркуляцию, репаративные процессы, влияют на рост и созревание соединительной ткани, играют основную роль в иммунопатологических процессах.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом на основании изучения динамики количественной характеристики тучных клеток пародонта при применении ультразвукового аппарата «Вектор» для профессиональной гигиены ротовой полости.

Обследовано 80 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой и средней степени тяжести, из них 50 пациентам профессиональная гигиена выполнялась с помощью ультразвукового аппарата «Вектор» (I группа), 30 пациентам проводилось ручное и механическое удаление твердых зубных отложений (II группа). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Всем пациентам проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия: полоскания ротовой полости 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата и аппликации «Метрогил-дента гель». Материал для морфологического исследования получали из слизистой в области переходной складки десны. Тучные клетки (ТК) десны изучали иммуногистохимическим методом с использованием коммерческих антител к серотонину и гистамину.

У практически здоровых количественная плотность ТК, секретирующих серотонин - $5,4 \pm 0,4$, ТК, секретирующих гистамин - $7,6 \pm 0,5$, на 1 кв.мм. десны. При ХГП отмечено возрастание числа ТК десны, продуцирующих серотонин - $13,8 \pm 0,7$, и ТК, продуцирующих гистамин - $15,3 \pm 0,8$, на 1 кв.мм. десны, что достоверно превышало показатели в контрольной группе ($p < 0,05$). У пациентов с ХГП I группы клиническая ремиссия наступала через 7-11 дней, в среднем - через $8,59 \pm 0,33$ дней, у пациентов II группы достоверно продолжительнее - через $11,74 \pm 0,45$ дней ($p < 0,05$). При рентгенографическом исследовании у всех пациентов выявлена стабилизация патологического процесса. По данным морфометрического анализа, через 14 дней после начала лечения у пациентов с ХГП I группы наблюдалась нормализация количественной плотности изучаемых ТК пародонта (ТК, секретирующие гистамин - $8,0 \pm 0,4$; ТК, секретирующие серотонин - $6,4 \pm 0,5$ на 1 кв.мм. слизистой оболочки десны, $p > 0,05$ по сравнению с показателями у практически здоровых лиц). У пациентов с ХГП II группы через 14 дней от начала лечения отмечено достоверное снижение числа ТК десны, продуцирующих серо-