на липидов, протеинов, витаминов при сочетанном применении фармакотерапии и психотерапии.

Методы исследования: клинико - психопатологический с использованием специальной клинико-психопатологической карты; клинико - терапевтический с применением шкал тревоги и депрессии Гамильтона; биохимический с изучением показателей липидного, белкового, витаминного обменов и состояния оксидантно-антиоксидантного баланса. Также использовалась карта многоосевой оценки психического состояния.

Обследовано 35 больных женского пола в возрасте старше 50 лет с картиной депрессии, соответствующей критериям МКБ-10 для рекуррентного депрессивного расстройства, в программу лечения которых была включена когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБП). Сопоставимая группа сравнения получала традиционную фармакотерапию. В качестве контроля обследовано 30 женщин аналогичного возраста без психических расстройств.

Результаты. Депрессивный симптомокомплекс был представлен гомономной симптоматикой. Все больные имели меланхолические признаки депрессии, в 72% депрессии сопровождались тревожным компонентом. Выявлены биохимические сдвиги обмена липидов, протеинов и витаминов, связанные с понижением уровня эстрогенов и их модулирующим влиянием на липидный бислой клеточных мембран, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) плазмы крови. Выявлено снижение в плазме крови уровня тотальных липидов (ТЛ) в 2,6 раза, общего холестерина – на 38,5% и эстерифицированного холестерина – на 48,2%. При этом индексы отношения среднемолекулярных пептидов к уровню общего белка; ЛПНП и ЛПВП к уровню ТЛ и триацилглицеринов наиболее полно коррелировали с состоянием пожилых людей и клиническим течением заболевания. Также был снижен уровень витаминов – альфа-токоферола и аскорбата и выявлено соразмерное повышение интенсивности процессов свободнорадикального окисления (в среднем на 45-55%) на фоне снижения антиоксидантной и антирадикальной защиты (на 15-20%). В процессе лечения депрессии у большинства больных отмечена положительная динамика. В 21% наблюдений диагностировали клинически полный выход из депрессии, в 79% - отмечена неполная ремиссия. При этом применение КБП способствовало нормализации оксидантно-антиоксидантного баланса ЛПВП и ЛПНП, что позволило более рационально использовать фармакотерапию. Сроки лечения удлинялись при тяжелой депрессии и сопровождались нарастанием синдрома липопероксидации.

Вывод. Включение когнитивно-бихевиоральной психотерапии в комплексное лечение депрессивных расстройств у пожилых способствует положительной терапевтической динамике в лечении депрессии, нормализации некоторых показателей липидного и протеинового обменов и позволяет улучшить качество ремиссий.

СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОГЕННЫХ МОДУЛЯТОРОВ АДРЕНО- И ХОЛИНОРЕАКТИВНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Циркин В.И., Сизова Е.Н., Кононова Т.Н., Куншин А.А., Мальчикова С.В., Снигирева Н.Л., Помаскина Т.В., Гуляева С.Ф., Тарловская Е.И.
КГМА, ВСЭИ, ВятГГУ, Киров

Сыворотка крови человека в 50-, 100-, 500- и 10^3-кратных разведениях модулирует сократительные ответы на адреналин и ацетилхолин (АХ) продольных полосок рога матки и циркулярных полосок дна желудка крысы, трахеи и почечной артерии коровы, коронарной артерии свиньи, сосудов пуповины человека и изолированного сердца лягушки (Циркин В.И. и соавт., 1996, 2005). Это объясняется наличием в ней эндогенных модуляторов (их природа продолжает уточняться), в том числе эндогенного сенсибилизатора и эндогенного блокатора β-адренорецепторов (ЭСБАР и ЭББАР), эндогенного сенсибилизатора α-адренорецепторов (ЭСААР) и эндогенного блокатора М-холинорецепторов (ЭБМХР). Предполагается, что эти факторы могут быть причастны к формированию соматической патологии. Для проверки этой гипотезы изучено содержание указанных факторов в сыворотке крови по характеру влияния 5 ее разведений (1:50, 1:100, 1:500, $1:10^3$ и $1:10^4$) на адрено - и холинореактивность различных тест-объектов.

Показано, что при остром инфаркте миокарда (опыты с полосками матки крысы) содержание ЭСБАР в сыворотке крови снижено, а содержание ЭББАР и ЭБМХР повышено, что, вероятно, и способствует развитию инфаркта. На этапе реабилитации (особенно, при использовании физических тренировок) их содержание нормализуется,

При бронхиальной астме (полоски матки крысы и трахеи коровы) содержание ЭСБАР в сыворотке крови снижено (дети, взрослые), содержание ЭББАР повышено (взрослые), содержание ЭБМХР, как правило, снижено (дети, взрослые), что способствует ее формированию, но и ряда больных (взрослые) оно повышено (проявление механизма компенсации?).

При артериальной гипертензии (АГ) содержание ЭБМХР и ЭСААР снижено, особенно, при III стадии, а содержание ЭББАР, наоборот, повышено, что, вероятно, отражает процесс адаптации. Так, на изолированном сердце лягушки блокирование отрицательного инотропного эффекта АХ (10^{-6}г/мл) у здоровых женщин происходило под влиянием 50-кратного разведения сыворотки крови, а у женщин с АГ (II и III стадии) ни одно из разведений ($1:10^4$- 1:50) не блокировало эффект АХ. На полосках матки крысы сыворотка крови у здоровых и больных со II стадией АГ блокировала стимулирующее влияние АХ (10^{-6} г/мл) в разведениях 1:500, 1:100 и 1:50, а у больных с III стадией АГ - только в разведении 1:100; ингибирующее (за счет взаимодействия с β-АР) влияние адреналина (10^{-8} г/мл) сыворотка крови здоровых женщин блокировала в разведении 1:100, а при АГ III стадии – в разведени-

ях $1:10^3$, 1:500, 1:100 и 1:50. Повышение тонической реакции полосок почечной артерии коровы на адреналин в концентрации 10^{-6} г/мл (за счет активации α-АР) сыворотка крови у здоровых женщин и женщин со АГ II стадии вызывала в разведении 1:50, а у женщин с АГ III стадии ЭСААР-активность сыворотки отсутствовала у всех ее 5 разведений ($1:10^4$ - 1:50).

При хроническом гастрите (полоски желудка и матки крысы) содержание ЭБМХР снижено (что, очевидно, является одной из причин избыточного влияния вагуса на секреторную и моторную функцию желудка), но оно восстанавливается после лечения, включающего применение сульфатно-кальциевой минеральной воды «Нижнеивкинская 2К». Так, у здоровых людей (n=11) 10^3-, 500-, 100- и 50- кратные разведения сыворотки крови снижали тонический компонент реакции на АХ (10^{-6} г/мл) у полосок желудка крысы соответственно (M±m) до 83,0±6,8%*, 72,3±12,0%*, 33,9±5,3%* и 16,1±6,1%* от исходного ее уровня (* - снижение достоверно, $p<0,05$), у больных в период обострения гастрита (n=22) - до 98,7±8,2%, 88,6±6,0%, 34,7±5,1%* и 16,3±3,8%, а у больных после лечения (n=12) - до 65,9±9,1%*, 50,9±6,1%*, 36,3±5,4%* и 29,7±8,6%*.

Все это указывает на перспективность изучения роли эндогенных модуляторов хемореактивности в условиях нормы и патологии.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Челнокова О.Г., Кибрик Б.С.
Ярославская государственная медицинская академия

Восстановление иммунного статуса является важным направлением патогенетической терапии остропрогрессирующих форм туберкулеза легких. В комплексном лечении 210 больных остропрогрессирующими формами туберкулеза, в том числе 92 больных казеозной пневмонией, была использована длительная, этапная иммунотерапия. На первом этапе иммунокоррекции в течение 2 - 3 недель проводили 2 - 5 сеансов экстракорпоральной иммунофармакотерапии с диуцифоном или лейкинфероном по разработанной нами методике. Метод основан на выделении лейкоцитов пациента, их обработке in vitro иммунопрепаратом с последующей реинфузией активированных клеток больному. Экстракорпоральная иммунофармакотерапия имела преимущества перед другими методами и препаратами иммунокоррекции на первом этапе лечения. Они состояли в исключении влияния эндотоксикоза и других супрессивных факторов при активации клеток in vitro и эффективном снижении эндотоксикоза при плазмоэкстракции и инфузионной терапии в ходе самой процедуры. Создание высоких концентраций иммунопрепаратов, непосредственно воздействующих на выделенные клетки с исключением супрессивных факторов, способствовало выраженной активации иммунных клеток в короткие сроки. Метод позволил восстановить иммунную реактивность у 89% больных в течение первого месяца лечения и способствовал купированию эндотоксикоза, в том числе у 74% больных казеозной пневмонией с тотальным поражением обоих легких. С учетом глубокого уровня исходных иммунных нарушений с абсолютным дефицитом иммунокомпетентных клеток более 60% от нормальных значений и быстроты восстановления показателей в течение 2 - 3 недель, метод экстракорпоральной иммунофармакотерапии был отнесен к эффективным методам иммунореанимации у больных остропрогрессирующими деструктивными формами туберкулеза.

Длительное сохранение иммунных нарушений у больных остропрогрессирующими формами туберкулеза при стандартных режимах лечения без иммунотерапии, замедленная инволюция и высокий удельный вес обострений явились обоснованием для проведения длительной иммунотерапии. Индивидуальный подбор комплекса иммунопрепаратов и методов продолжали в течение 3 - 6 месяцев до стойкого восстановления показателей иммунного статуса. В лечении мы использовали лейкинферон, ликопид, изофон, веторон, внутривенное лазерное облучение крови, ультразвуковое воздействие на селезенку. В течение стационарного курса лечения 6 - 12 месяцев проводился индивидуальный мониторинг показателей периферической крови: абсолютного числа лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, CD4/ CD8, CD16, CD19, CD25, HLA-DR+ клеток. Ориентирующим критерием для углубленного исследования иммунного статуса являлось снижение абсолютного числа лимфоцитов на 20% и более. При выявлении ухудшения показателей иммунного статуса, замедленной рентгенологической инволюции или стабилизации назначались повторные курсы иммунотерапии. По окончании стационарного лечения профилактика обострений и рецидивов проводилась с использованием наиболее эффективных иммунопрепаратов у данного больного.

Экстренное восстановление показателей иммунного статуса в течение 3 недель при выраженных исходных нарушениях и поддержание иммунного статуса на высоком уровне в течение всего курса лечения позволило достичь положительного эффекта и прекратить бактериовыделение у 85% больных.

Исследование показало высокую эффективность использования в комплексном лечении больных остропрогрессирующими деструктивными формами туберкулеза длительной, этапной иммунотерапии, включая экстракорпоральную иммунофармакотерапию, с учетом индивидуального мониторинга иммунологических показателей и динамики заболевания.

ПОСМЕРТНОЕ СТРОЕНИЕ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕТЕЙ

Чепурнова М.В., Горбунов А.В.
Тамбовский государственный университет им. Г.Р.Державина, Тамбов

Аномалии развития артерий брахицефальной области в виде патологической извитости и петлеобразования, гипоплазий и аномалий положения