

для оториноларинголога, решение которой влияет на выбор иммунотерапевтического препарата.

Под постоянным наблюдением находилось 58 больных с ОВС (острым верхнечелюстным синуситом), получавших стандартную терапию, включающую пункцию и дренирование пазухи (или пазух) в первые сутки поступления, антибиотикотерапию, антимикотические, антигистаминные препараты и местно поверхностно-активные антисептики, а после получения результатов посевов содержимого верхнечелюстных пазух применялся антибиотик с учётом чувствительности. У всех больных определялся фенотип лимфоцитов по классам: CD3 (общие Т-лимфоциты), CD4 (Т-хелперы), CD8 (цитотоксические клетки), CD16 (NK-клетки), CD25 (рецептор к ИЛ-2), CD95 (индукторный фактор апоптоза), HLA-DR (поздний маркер активации), CD22 (В-лимфоциты), содержание в плазме крови иммуноглобулинов классов М, G и А, ФНО α , ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, гранулоцитарного колоние-стимулирующего фактора (Г-КСФ), ИЛ-4, ИЛ-10, интерферона α и γ , рецепторного антагониста ИЛ-1, активность и интенсивность фагоцитоза нейтрофилов периферической крови (по индексу активности фагоцитоза – ИАФ).

При поступлении в клинику у больных ОВС установлена супрессия клеточного при активации гуморального звена иммунитета, о чем свидетельствует снижение содержания в крови Т-хелперов (CD4+), естественных киллеров (NK-клеток), CD25+-клеток, увеличение количества В-лимфоцитов (CD22+), концентрации в плазме крови IgM, IgG и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Кроме этого, имеет место повышение в плазме крови концентрации ФНО α , ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, антагониста ИЛ-1, активности фагоцитоза, тогда как концентрация ИЛ-4 и ИЛ-10 остается на уровне нормы. Традиционная терапия к десятым суткам нормализовала содержание в крови CD25+-клеток, концентрацию в плазме крови IgG, ЦИК, ИЛ-6 и корригировала концентрацию ФНО α , ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , не влияя на функционально-метаболическую активность нейтрофилов периферической крови.

Выводы:

1. У больных с ОВС наблюдается активация гуморального и супрессия клеточного звена иммунитета.

2. Применяя иммунотропную терапию в лечении ОВС, необходимо использовать иммунотерапевтические средства, влияющие преимущественно на клеточное звено иммунитета.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ

Будяков С.В., Шутов В.И., *Шаповалова А.Е.

*Муниципальная городская больница № 2, *Областная клиническая больница Белгород, Россия*

Поскольку нарушение иммунных механизмов системного и регионарного уровней является обязательным звеном в патогенезе различных форм хронического синусита, то в современных условиях успешное лечение невозможно без учета механизмов воздействия лекарственных препаратов на иммунную систему больного. Более того, состояние иммунологической резистентности организма определяет, в значительной степени, течение данного заболевания. В связи с этим для адекватной коррекции системы иммунореактивности и повышения эффективности лечения необходимо применение иммуномодулирующих средств.

Препараты иммунотропного действия получили довольно широкое применение в клинической практике. Но при их подборе зачастую отсутствует обоснованный подход к назначению тех или иных комбинаций препаратов, обладающих иммунотропной активностью, дифференцировано в зависимости от характера и выраженности нарушений иммунного статуса.

Под постоянным наблюдением находилось 72 больных ОХВС (обострением хронического верхнечелюстного синусита). Нами исследовались типовые иммунные и оксидантные нарушения на системном и местном уровнях у данной группы больных.

У всех больных ОХВС выявлено угнетение как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, что проявляется снижением в крови общего количества Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), цитотоксических Т-клеток (CD8+), естественных киллеров (NK-клеток), В-лимфоцитов (CD22+), концентрации в плазме крови IgM и повышение ФНО α , ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-8, антагониста ИЛ-1. Кроме этого, у данной категории пациентов выявлено снижение активности и интенсивности фагоцитоза нейтрофилов периферической крови. У больных с ОХВС также снижается количество α -спектрина, анионтранспортного белка, белка полосы 4.5, глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы и повышается количество актина, кроме этого снижается общая сорбционная способность эритроцитов и достоверно больше возрастает внутриклеточная концентрация малонапряженного диальдегида.

Выводы:

1. У пациентов ОХВС при поступлении в стационар нарушены показатели иммунного и

оксидантного статусов, как на системном, так и на местном уровне.

2. Всем больным ОХВС, необходимо проводить иммунологическую коррекцию нарушений, как на системном, так и на местном уровнях.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТРОМБОЦИТОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Муравлева Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Клюев Д.А.

*Карагандинский государственный медицинский университет
Караганда, Казахстан*

Целью нашего исследования явилось изучение характеристика тромбоцитарного звена крови больных с артериальной гипертензией и на фоне хронического пиелонефрита. Объектом исследования была кровь 20 больных с хроническим пиелонефритом (ХПЛ), 20 больных э артериальной гипертензией (АГ) и 20 больных артериальной гипертензией на фоне хронического пиелонефрита (ХПЛ+АГ). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц (первичных доноров). Параметры тромбоцитарного звена определяли с помощью гематологического анализатора ВС-3200 (Mihndray). Оценивали количество тромбоцитов (PLT), тромбоцитокрит (PCT), средний объем тромбоцита (MPV) и ширину распределения тромбоцитов по объему (PDW).

В результате проведенного исследования установлено, что у больных с ХПЛ и у больных с АГ было отмечено выраженное снижение количества тромбоцитов. Так, у больных с ХПЛ количество тромбоцитов было равно $86,91 \pm 8,51 \cdot 10^9/\text{л}$, у больных с АГ – $58,67 \pm 2,35 \cdot 10^9/\text{л}$, при норме $100-300 \cdot 10^9/\text{л}$. В тоже время у больных группы ХПЛ+АГ этот параметр составил $171,44 \pm 13,10 \cdot 10^9/\text{л}$. Такие же изменения были характерны и для показателя PCT в крови этих больных. Так, у больных с ХПЛ и АГ PCT был достоверно ниже контроля и равен $0,07 \pm 0,007 \%$ и $0,06 \pm 0,002 \%$, соответственно. В тоже время у больных с ХПЛ+АГ PCT был в пределах контроля и составил $0,15 \pm 0,01\%$. Средний объем тромбоцита был максимальным в группе больных с АГ ($9,47 \pm 0,2$ фл). В группе больных с ХПЛ этот параметр был равен $8,95 \pm 0,1$ фл, а в группе больных ХПЛ+АГ – $8,86 \pm 0,1$ фл. Показатель PDW также был максимальным у больных с АГ – $16,60 \pm 0,5$. В группе больных с ХПЛ этот параметр был равен $16,35 \pm 0,35$, а в группе ХПЛ+АГ – $16,01 \pm 0,9$.

Анализ полученных данных показал, что в крови больных с ХПЛ и АГ наблюдается снижение как абсолютного, так и относительного количества тромбоцитов. При этом в крови больных с сочетанием АГ и ХПЛ, эти параметры

находятся в пределах нормальных значений. Является очевидным необходимость дальнейшего исследования тромбоцитарного звена крови больных артериальной гипертензией на фоне хронического пиелонефрита.

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОВОДЯЩЕГО И РАБОЧЕГО МИОКАРДА СИНОАУРИКУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ СЕРДЦА ВНЕЗАПНО УМЕРШИХ ОТ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Павлович Е.Р.

*Лаборатория нейроморфологии с группой
электронной микроскопии,
ИКК им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК
Росмедтехнологий
Москва, Россия*

Проводили ультраструктурный анализ объемных плотностей соединительнотканых клеток, эластических и коллагеновых волокон, а также основного вещества соединительной ткани отдельно в синусном узле (СУ) и приузеловом рабочем миокарде правого предсердия (ПП) у 7 внезапно умерших от коронарной болезни сердца (КБС) и у 3 внезапно умерших от кровоизлияния в головной мозг на фоне гипертонической болезни. Возраст умерших в первой подгруппе колебался от 45 до 57 лет, а во второй – от 43 до 58 лет. Масса сердца у больных с КБС варьировала от 620 до 900 граммов, а во второй группе она равнялась 320 - 470 граммам. Различия по этому параметру между группами были значимыми (в 1,9 раза, $p < 0,01$). Материал забирали в течение 3 часов после смерти. У всех умерших при КБС были обнаружены атеросклеротические бляшки, которые значительно сужали просвет основных коронарных артерий сердца (на 75-95%), во второй группе это сужение было меньше 50%. Синоаурикулярную область сердца забирали одним блоком, фиксировали в 4% растворе параформальдегида на 0,1 М фосфатном буфере ($\text{pH}=7,4$) при 4°C не менее 3 суток и дофиксировали в четырехокиси осмия. Поиск СУ и ПП проводили на полутонких срезах. Количественную оценку соединительнотканых составляющих проводили точечным методом на негативах при начальном увеличении 3000 отдельно для СУ и ПП. Результаты измерений характеризовали для каждого параметра средним и его ошибкой в каждом случае. Различия между одноименными компонентами соединительной ткани в СУ и ПП в пределах одной группы оценивали с использованием t критерия Стьюдента, а для оценки межгрупповых различий использовали U критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Выявили, что содержание соединительнотканых компонентов в СУ и ПП у разных умерших, часто достоверно различалось. Разброс по случаям группы с КБС составлял по объ-