

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-

емной плотности клеток соединительной ткани от $1,7 \pm 0,3\%$ до $6,2 \pm 1,4\%$ для СУ и от $1,0 \pm 0,3\%$ до $3,5 \pm 1,1\%$ для ПП. По объемной плотности эластических волокон он был от $3,1 \pm 0,3\%$ до $4,8 \pm 0,4\%$ для СУ и от $1,4 \pm 0,2\%$ до $2,6 \pm 0,3\%$ для ПП. По объемной плотности коллагеновых волокон разброс был для СУ от $15,4 \pm 2,3\%$ до $42,3 \pm 2,0\%$, а для ПП – от $1,8 \pm 0,3\%$ до $16,6 \pm 1,7\%$ в разных случаях группы. И, наконец, объемные плотности основного вещества соединительной ткани варьировали в СУ от $26,6 \pm 1,5\%$ до $47,9 \pm 2,0\%$, а в ПП от $15,3 \pm 3,3\%$ до $26,7 \pm 2,0\%$ от объема миокарда. Межгрупповые различия в содержании основных компонентов соединительной ткани в СУ выявлены не были, а в ПП объемная плотность основного вещества соединительной ткани была в 1,3 раза больше в группе умерших от кровоизлияния в головной мозг по сравнению с группой внезапной смерти от КБС ($p < 0,05$). Было показано, что в объединенной группе умерших ($n=10$; возраст 51 ± 2 года) со средней массой сердца 637 ± 62 грамма объемные плотности соединительнотканых клеток, эластических и коллагеновых волокон, а также основного вещества составляли для СУ $3,2 \pm 0,5\%$, $3,6 \pm 0,3\%$, $24,3 \pm 3,1\%$ и $40,0 \pm 2,9\%$ соответственно от объема проводящего миокарда. В ПП эти же компоненты составляли соответственно $1,9 \pm 0,4\%$, $2,0 \pm 0,2\%$, $7,1 \pm 1,5\%$ и $25,1 \pm 2,0\%$ от объема рабочего миокарда. При этом в среднем по общей группе в СУ было достоверно больше эластических (в 1,8 раза, $p < 0,001$) и коллагеновых волокон (в 3,4 раза, $p < 0,001$), а также основного вещества соединительной ткани (в 1,6 раза, $p < 0,001$), чем в ПП. Объемные плотности соединительнотканых клеток различались недостоверно.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГАСТРОДУОДЕНИТА ПОСРЕДСТВОМ
БИОУПРАВЛЯЕМОЙ МИЛЛИМЕТРОВОЙ
ТЕРАПИИ И БИОУПРАВЛЯЕМОЙ
ЦВЕТОСТИМУЛЯЦИИ БЕЛЫМ СВЕТОМ
В УСЛОВИЯХ КУРОРТА ЖЕЛЕЗНОВОДСК**
Рязанова В.И., Пятакович Ф.А., Якунченко Т.И.
*Белгородский Государственный Университет
Белгород, Россия*

На протяжении многих десятилетий, язвенная болезнь (ЯБ) остается традиционно центральной проблемой гастроэнтерологии, что обусловлено значительной распространенностью заболевания. Согласно статистическим данным, в России около 1,5 – 5% взрослого населения страдают ЯБ, в странах Западной Европы язва ДПК ежегодно регистрируется у 0,1 – 0,3% лиц старше 15 лет. В США у 10% взрослых удалось получить анамнестические данные о перенесенной язвенной болезни. Отмечена тенденция в преобладании

дуоденальной локализации ЯБ (встречается в 3 – 4 раза чаще, чем желудочная) [2, 3].

Смертность от ЯБ колеблется в разных странах от 6 до 7,1 на 100 000 населения при ЯБ Ж и от 0,2 до 9,7 на 100 000 населения при ЯБ ДПК [4,11].

С экономических позиций проблема ЯБ стоит весьма остро. Так, например, годовая стоимость поддерживающей терапии H_2 -блокаторами, в частности, во Франции, составляет 700 миллионов долларов США [6].

В последние годы, по некоторым сведениям, наблюдается дальнейшее увеличение заболеваемости и обращаемости по поводу ЯБ [1, 5, 12]. Кроме того, сохраняется высокая частота острых осложнений язв – кровотечений и перфораций, которые возникают у 25 – 30% больных ЯБ в течение 5 – 10 лет заболевания [15].

Несмотря на достигнутые успехи в изучении факторов, вызывающих формирование язвенного дефекта при ЯБ, выработку клинических стандартов лечения и введение их в медицинскую практику, распространенность ее все еще остается высокой, особенно среди взрослого населения.

Значительная распространенность ЯБ, тяжелое и нередко прогрессирующее течение, приводящее к преждевременной инвалидности, обуславливают актуальность проблемы и диктуют необходимость совершенствования методов диагностики и лечения [13, 15].

В настоящее время успешно используются физиотерапевтические методы лечения ЯБ с применением миллиметрового диапазона длин волн в биоуправляемом режиме [9, 10.]

Помимо этого, существующий физиотерапевтический метод передачи световых сигналов через оптическую систему зрительного анализатора дает положительные результаты в лечении язвенной болезни [9].

Несомненно, что актуальной становится разработка новых способов лечения ЯБ на основе хронобиологических принципов, реализуемых с помощью комбинированных и сочетанных способов воздействия при помощи миллиметрового и оптического диапазонов длин волн.

На базе Железноводской гастроэнтерологической клиники было обследовано 50 человек с диагнозом ЯБ, в возрасте от 21 до 50 лет. У всех больных при эндоскопии была выявлена та или иная степень активности гастродуоденита без язвенного дефекта слизистой. Метод интрагастральной рН-метрии обеспечивал оценку кислотообразующей и кислотонейтрализующей функции желудка. Внутрижелудочная рН-метрия выполнялась с помощью автоматизированной системы. Лечение больных, кроме приема минеральной воды из Славяновского источника, включало воздействие посредством биоуправляемой миллиметровой терапии и биоуправляемой цветостимуляции белым светом. Миллиметровая терапия проводилась при помощи биотехнической систе-