

*«Гомеостаз и инфекционный процесс»,
Египет (Хургада), 20-27 февраля 2012 г.*

Медицинские науки

**ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Багишева Н.В., Трухан Д.И.

*Омская государственная медицинская академия,
Омск, e-mail: dmitry_trukhan@mail.ru*

Клиническая манифестация симптомов ХОБЛ проявляется чаще после 50 лет и уже имеет стойкие необратимые функциональные и морфологические изменения. Возрастные изменения, происходящие в организме человека, неизменно накладывают отпечаток на течение болезни и требуют особых подходов к лечению.

Цель исследования. Анализ эффективности терапии ХОБЛ М-холинолитиками короткого (ипратропия бромид- «атровент») и длительного действия (тиотропия бромид-«спирива»), после обучения пациентов технике ингаляций с последующим ежемесячным контролем правильности приема и режима дозирования.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 54 человека со среднетяжелой стадией ХОБЛ в стадии ремиссии, в возрасте от 52 до 77 лет (средний возраст $67,6 \pm 3,6$ лет). Длительность заболевания – в среднем $13,4 \pm 0,6$ года, количество обострений за год от 1 до 5. Пациентам проводилось лечение М-холинолитиками: «атровент» 0,02 по 2-4 дозы 4 раза в день или «спирива» по 1 капс. 1 раз/сутки утром в течение 6 мес.

Результаты. По листам оценки состояния пациенты отметили отчетливое улучшение состояния ко 2 мес. регулярного приема препаратов, при максимуме к 4-6 мес., без тенденции к привыканию и необходимости увеличения дозы. По данным исследования ФВД отмечено достоверное стабильное увеличение показателей ОФВ1 (за 6 месяцев – на 22%) и ЖЕЛ (на 41%) на фоне «атровента» и на 36 и 40% соответственно на фоне «спирива». Скорость регрессии симптомов ХОБЛ за 6 мес. на фоне лечения «атровентом» по итогам самооценки составила 24,03%, «спирива» – 33,74%. Эффективность терапии у лиц пожилого возраста зависит от удобства применения лекарственных препаратов. Тщательный контроль и одномоментный прием суточной дозы при применении препаратов длительного действия повышает комплаенс между врачом и пациентом, увеличивая эффективность терапии.

Выводы. Регулярный прием М-холинолитиков при ХОБЛ позволяет добиться стабильного клинически подтвержденного улучшения

самочувствия. Клиническая эффективность М-холинолитиков при отсутствии побочных эффектов и удобство применения позволяют повысить комплаенс между врачом и пациентом и приверженность пациента к лечению.

**ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЧИВОСТИ
ЯДЕР ДЕЦИДУАЛЬНЫХ КЛЕТОК
ПЛАЦЕНТЫ ПРИ НЕ ОСЛОЖНЕННОЙ
И ОСЛОЖНЕННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данилов А.А.

*Хакасский государственный университет
им. Н.Ф. Катанова, Абакан,
e-mail: ddd1978@inbox.ru*

В любом органе целого организма клетки играют основную роль в поддержании его структурного и физиологического гомеостаза. В прошедшие десятилетия работами ряда исследователей было доказано, что средние размеры клеток и их ядер могут служить критерием прижизненной функциональной активности клеток.

Цель исследования – выявить особенности изменчивости ядер децидуальных клеток в норме и при внутриутробной инфекции на протяжении плаценты.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили по 30 плацент в каждой группе (при не осложненной и осложненной внутриутробной инфекцией беременности). Материал фиксировали в 10% забуференном формалине по Лилли и проводили по общепринятым методикам. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Для определения объема ядер и клеток пользовались формулой $V = \pi/6 \cdot LB^2$, где L – больший диаметр ядра или клетки; B – меньший диаметр ядра или клетки. Во всех зонах на протяжении плаценты производили планиметрию не менее 150 клеток при увеличении в 900 раз. Статистическая обработка проведена с использованием программы «Statistica-6,0».

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов позволил установить, что объем ядер и цитоплазмы децидуальных клеток базальной пластинки плаценты при не осложненной беременности возрастает от центральной к краевой зоне. При этом ядерно-цитоплазматическое отношение (ЯЦО), характеризующее структурно-функциональную пластичность клетки, сохраняется примерно на одном уровне и имеет лишь тенденцию к повышению от центральной к краевой зоне ($0,086 \pm 0,0058$; $0,089 \pm 0,0082$; $0,096 \pm 0,0069$). Различия между

величинами описываемых структур клеток статистически значимы между центральной и краевой зонами. Объем клеток, их цитоплазмы и ядер в краевой зоне превышает данные размеры в центральной зоне соответственно в 1,39; 1,37 и 1,57 раза. Увеличение объема ядра более чем в 1,5 раза свидетельствует о существенном повышении белковосинтетической функции децидуальных клеток в краевой зоне базальной пластинки по сравнению с другими зонами плаценты.

Совершенно противоположную направленность в объемах ядер, цитоплазмы и клеток имеют децидуальные клетки в септах. Их объемы существенно выше в центральной зоне по сравнению с краевой. Парацентральная зона по этим величинам занимает промежуточное положение. Отношение среднего объема ядер децидуальных клеток базальной пластинки к таковому в септах в центральной зоне составляет 0,65, в парацентральной – 0,88 и в краевой – 1,58.

При внутриутробной инфекции (ВУИ) объем ядер децидуальных клеток базальной пластинки превышает таковой при не осложненной беременности только в центральной и парацентральной зонах и статистически значимо снижается в краевой зоне. В септах объем ядер также существенно снижается от центральной к краевой зоне, но в центральной и парацентральной зонах выше, чем в таковых при не осложненной беременности. Отношение объема ядер децидуальных клеток в базальной пластинке к объему ядер в септах при ВУИ составляет от центральной к краевой зоне 0,68; 0,88 и 1,13, то есть отношения остаются такими же, как в центральной и парацентральной зонах в норме, что свидетельствует об одинаковом характере течения процессов в норме и патологии, но при ВУИ белково-синтетическая функция ядер в центральной и парацентральной зонах выше, чем при не осложненной беременности и существенно снижается в краевой зоне. Усиление белково-синтетической функции при ВУИ, по-видимому связано с блокированием клеток в интерфазе инфекционным агентом, что дает возможность акроцентрическим хромосомам сблизиться и сформировать ядрышко.

Функциональное набухание ядер, как указывают многие исследователи, является надежным критерием усиления функции клеток, то есть активизации их специфической деятельности. В нашем исследовании набухание ядер действительно является функциональным и не относится к полиплоидии, так как не укладывается в рамки кратных изменений объема ядер в 2, 4, 8 и более раз.

В целом, при не осложненной беременности в центральной зоне плаценты наиболее функционально активны децидуальные клетки септ, а в краевой зоне – базальной пластинки. В парацентральной зоне активность децидуальных

клеток занимает промежуточное положение между активностью их в центральной и краевой зонах. При ВУИ наиболее активируются клетки базальной пластинки и септ в центральной и парацентральной зонах, где объем их ядер достоверно выше по сравнению с физиологической беременностью и снижается в краевой зоне.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕРФЕРНОВОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский институт, Краснодар,
e-mail: para.path@mail.ru*

В настоящее время проблема интерферона ИФН приобрела особый интерес для широкого круга специалистов, в том числе для практических врачей. По значимости система ИФН приближается к системе иммунитета, а по универсальности даже превосходит её. Именно эта универсальность делает систему ИФН важнейшим фактором неспецифической резистентности организма. В настоящее время под системой ИФН понимают комплекс индуцибельных биологически активных белков и гликопротеидов, относящихся к факторам резистентности и синтезируемых организмом в процессе защитной реакции на чужеродные агенты. Принимая во внимание этиологическую значимость вирусных, бактериальных и смешанных инфекций в развитии воспалительных заболеваний, разработка методов коррекции функционирования системы ИФН, удобных для использования в практической медицине, несомненно, актуальна. Выявлены три основных типа интерферонового статуса (ИФС) и их клинико-лабораторные эквиваленты: 1-й тип ИФС характеризуется концентрацией сывороточного 4-16 МЕ/мл, способностью лейкоцитов к продукции α -ИФН в концентрации 32-64 МЕ/мл и γ -ИФН в концентрации 16-32 МЕ/мл. Течение инфекции при 1-м типе ИФС характеризуется латентией вирусных процессов, отсутствием клинических и лабораторных симптомов обострения и рецидивов хронических бактериальных и грибковых инфекций. 2-й тип ИФС характеризуется концентрацией сывороточного ИФН 4-8 МЕ/мл, способностью лейкоцитов к продукции α -ИФН в концентрации 8-32 МЕ/мл и γ -ИФН в концентрации 4-16 МЕ/мл. Хронические воспалительные заболевания характеризуются обострением инфекционного процесса, персистирующей вирусной инфекцией или её латентным течением с эпизодами реактивации, рецидивами бактериальных и грибковых инфекций. 3-й тип ИФС характеризуется концентрацией сывороточного ИФН 2-4 МЕ/мл, способностью лейкоцитов к продукции α -ИФН в концентрации 4-16 МЕ/мл и γ -ИФН в концентрации 2-4 МЕ/мл. Это отражает наиболее выраженную степень угнетения функций системы ИФН. Отличительной чертой