

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 интерферонного 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

клинического течения у пациентов с 3-м типом ИФС является наличие первичных вирусных инфекций или реактивация латентных инфекций на момент обследования. Показанием к назначению интерферонотерапии является наличие рецидивирующих вирусных, бактериальных, грибковых, а также смешанных инфекций, хронических неспецифических заболеваний лёгких, почек и мочевыводящих путей. Обследование пациентов проводится с использованием стандартного оборудования и реактивов клинической и микробиологической лабораторий. Принципы ИКТ определены на основании выработки новых критериев, характеризующих взаимосвязь нарушений функционирования системы ИФН и естественного аутоиммунитета. Нарушения в системе ИФН выявляются у всех пациентов с вирусно-бактериальными инфекциями, степень которых коррелирует с тяжестью осложнений. Это позволяет использовать параметры ИФС в качестве прогностических критериев для последующего дифференцированного назначения ИКТ. Интегративным показателем, характеризующим иммунореактивность, является выработка регуляторных антител, аномальная продукция которых приводит к нарушению деятельности клеток, органов и систем, развитию патологических процессов, коррелирует с тяжёлыми осложнениями, что отражает важное патогенетическое иммунных нарушений и необходимость их коррекции.

НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО И ЛИПИДНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Парахонский А.П.

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

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – это результат медленно прогрессирующей недостаточности кровоснабжения, приводящей к развитию множественных мелкоочаговых некрозов мозговой ткани, обуславливающей нарастающее нарушение функций головного мозга. Это распространённое состояние, которое является важнейшей медико-социальной проблемой, поскольку приводит к различным неврологическим, психоэмоциональным и когнитивным нарушениям. Цель работы – выявление диагностических критериев дисциркуляторной энцефалопатии и возможностей её нейропротекции. У больных с дисциркуляторной (атеросклеротической, гипертонической) энцефалопатией в периферической крови изучали изменения гематологических, иммунологических параметров, а также показателей липидного обмена. В результате исследования у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией установлен дисбаланс иммунной систе-

мы в виде активации клеточного и угнетения гуморального звеньев иммунитета, колебаний факторов неспецифической резистентности организма, повышения количества общих липидов с преимущественным ростом фракций липопротеидов низкой плотности, коэффициента атерогенности и снижения содержания липопротеидов высокой плотности. У больных ДЭ независимо от продолжительности заболевания установлено достоверное снижение количества CD3+, повышение концентрации IgG, уменьшение содержания IgM с достоверным ростом соотношения IgG/IgM и концентрации ЦИК. Отмечены общие черты ДЭ: повышение уровня общих липидов, рост индекса атерогенности, снижение количества липопротеидов высокой плотности, увеличение иммунорегуляторного индекса за счёт нарушения процентного содержания субпопуляций Т-лимфоцитов, понижение активности комплемента в периферической крови. Различие энцефалопатий заключается в том, что для атеросклеротической энцефалопатии характерны рост уровня триглицеридов и моноцитоз, а для гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии – повышение процентного содержания активных CD4⁺-лимфоцитов, нарушение отношения иммуноглобулинов IgG/IgM, лейкоцитоз. Значительной информативностью в плане уточнения динамики сложных иммунных механизмов является множественный корреляционный анализ изучаемых параметров иммунного статуса больных. Нарушения показателей иммунного статуса и липидного обмена могут быть использованы в качестве диагностических критериев для постановки верификации атеросклеротической или гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии. Показана эффективность нейропротекции Кортексином в комплексной терапии при гипертонической ДЭ по ряду психометрических показателей. Выявленные корреляционные связи между лабораторными, психометрическими показателями и рядом клинических характеристик позволяют расширить понимание участия исследуемого нейропептида в сложных механизмах регуляции, которые складываются в организме больных, страдающих гипертонической энцефалопатией. Таким образом, полученные данные подчеркивают важность нарушений иммунного гомеостаза при ДЭ и успешность нейропротекции Кортексином в терапии гипертонической ДЭ.

МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

Парахонский А.П., Футурянская Т.Н.

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

Всестороннее рассмотрение проблем оценки качества образования с учётом международного опыта, внедрение инновационных