

цистернами эндоплазматической сети (ЭПС), наряду с этим в цитоплазме фибробластов выявляются актин-миозиновые цитофиламенты. Гистохимически участки усиленного синтеза фибрилл характеризуются фуксинофилией, в то время как в местах дезорганизации коллагеновых волокон выявляется пикринофилия и γ-метахромазия, которая свидетельствует о накоплении между разрушающимися фибриллами коллагена кислых гликозаминогликанов (ГАГ). На 25-е сутки после окончания действия X-лучей в сетчатом слое дермы отмечается повышение сродства к кислому фуксину значительной части коллагеновых волокон, а также выявляются крупные, достигающие 60-65 мкм, фибробласты. В ядрах указанных фибробластов глыбки хроматина распылены, чаще выявляются 1-2 ядрышка, одно из которых нередко смещено к кариолемме. Цитоплазма данных клеток слабобазофильна. В сальных железах цитоплазма большинства клеток камбиального слоя слабо окрашивается эозином, а их ядра гематоксилином. Ядра указанных клеток увеличены в размерах, чаще имеют овальную форму, нередко содержат гиперхромные, увеличенные в размерах, ядрышки, интенсивно окрашиваемые гематоксилином, и метиловым зеленым, при окраске по Браше. На препаратах кожи, окрашенных по Ван-Гизону, в отдельных участках подкожножировой клетчатки выявляются тонкие коллагеновые волокна. Вокруг единичных липоцитов отмечается скопление макрофагов. На 60-е сутки после воздействия рентгеновского излучения значительная часть коллагеновых волокон интенсивно окрашивается фуксином. Сродство ядер и цитоплазмы большей части фибробластов к гематоксилину и эозину, а также галлоцианину, при окраске по Эйнарсону, повышено, в отдельных из клеток выраженное настолько значительно, что выявить их подробное строение не представляется возможным. В соединительной ткани сосочкового и сетчатого слоев дермы, наблюдаются отдельные клетки с явлениями вакуолизации цитоплазмы и гиперхромными ядрышками.

Полученные данные свидетельствуют о выраженных морфофункциональных изменениях клеточных элементов дермы кожи различных участков локализации при воздействии рентгеновского излучения, наблюдаемых на протяжении всего периода наблюдений (60 суток).

ТРЕХУРОВНЕВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Трёхуровневый подход к иммунной патологии является современной наукоёмкой технологией, позволяющей осуществление коррекции и нормализации функций иммунной системы (ИС). Эта технология означает, что на верхнем (третьем) уровне рассматривается хроническая болезнь в её нозологическом понимании; на среднем (втором) уровне – изменения в системах гомеостаза, допустившие хронизацию заболевания; а на первом (подсистемном) уровне – нарушения, касающиеся каждой клетки организма, то есть генные дефекты, обеспеченность питательными веществами, витаминами, микроэлементами. Нарушения на первом и втором уровнях являются причиной частых и хронических заболеваний. Здоровье организма определяется резервом прочности систем гомеостаза, который создаётся на первом уровне благодаря нормальным генам, адекватному поступлению питательных веществ, воздействию полезных природных факторов и исключению действия вредных субстратов. Резерв прочности систем гомеостаза определяется состоянием подсистемного уровня и функциональной тренировки.

Установлено, что ИС находится в сложном взаимодействии с другими системами гомеостаза. В экспериментах и в клинике убедительно доказано влияние на иммунитет системы гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников. При контакте с антигеном макрофаги синтезируют цитокины (ИЛ-1,6; ФНО), которые, с одной стороны, запускают каскад иммунологических реакций, а с другой – усиливают продукцию АКТГ и кортизола, ограничивающих супрессорные влияния простагландинов и выраженность воспалительных реакций. Показана зависимость ИС от половых гормонов, соматотропина, гормонов щитовидной железы и др. ЦНС оказывает влияние на иммунокомпетентные клетки, как через нейромедиаторы периферических нервных окончаний, так и через нейроэндокринные механизмы. В свою очередь, ИС может влиять на ЦНС и другие системы гомеостаза.

Цель работы – апробация трёхуровневого подхода к анализу патогенетических взаимосвязей при целиакии. Целиакия (интолерантность к глютену – белку пшеницы, ржи, овса и ячменя) через иммунопатологические реакции затрагивает как подсистемный, так и системный уровни патологии. Внедрение серологических методов диагностики целиакии позволило по-новому взглянуть на это заболевание. Установлено значение наследственной предрасположенности при этой патологии. Показано, что энтеропатический синдром у большинства больных носит стёртый

характер и на первый план выступают переменные иммунодефициты и иммунопатологические нарушения:

- атопический и герпетиформный дерматит;
- истончение эмали зубов, низкорослость, остеопороз, непереносимость лактозы;
- болезни центральной и периферической нервной системы, поджелудочной железы, гиперактивность, эпилепсия, ранний аутизм;
- анемия, тетания, афтозный стоматит, отёки;
- амилоидоз, гломерулонефрит.

Целиакия является интересным объектом для многоуровневого анализа с целью разработки подходов и методов многоплановой реабилитации, что и стало предметом настоящего исследования. Методы исследования: физикальное обследование с особым вниманием к проявлениям энтеропатии, клиническим признакам гиповитаминоза, иммунологическим нарушениям и эндокринологическим симптомам. Лабораторное обследование: развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование, бактериоскопия кала, исследование содержания субпопуляций лимфоцитов, иммуноглобулинов (Ig) классов G, M, A. Диагностика целиакии осуществлялась серологически.

Установлено, что признаки кишечной патологии коррелировали с иммунопатологическими нарушениями – склонностью к аллергическому реагированию, с атопическим дерматитом и ревматизмом в анамнезе. Показано, что повышенная предрасположенность к гипохромной анемии является доказательством присутствия мальабсорбции. Дефициты витаминов и микроэлементов сказываются на состоянии каждой клетки (подсистемный уровень), но могут быть и причиной системных нарушений. Последствия отклонений на первом, подсистемном уровне множественны и могут касаться всех систем гомеостаза с разнообразными проявлениями на верхнем уровне. Реагирование на указанные патогенетические события во многом определяется как генетическими, так и фенотипическими особенностями, то есть, индивидуальны в каждом случае. Кроме того, между уровнями реагирования существуют множественные разнонаправленные связи с формированием большого числа порочных кругов, которые начинают играть роль относительно независимых механизмов развития устойчивых патологических состояний.

Таким образом, сочетание дефицита Ig A или атопического дерматита с проявлениями энтеропатического синдрома является показанием для обследования на целиакию. Целиакия может приводить к нарушениям, затрагивающим не только пищеварительную и ИС, но и опосредованно нарушать работу эндокринной и других систем. Сложные патогенетические события при целиакии удовлетворительно описываются при

использовании технологии трёхуровневого анализа хронических заболеваний.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА: РОЛЬ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Смагина А.Н., Шульдяков А.А., Царева Т.Д.,
Гаврилова И.Б.
Саратовский государственный медицинский университет

Особенностями бруцеллезной инфекции является сложный и многогранный характер патогенеза заболевания, частое развитие хронических форм инфекции. Вовлечение в патологический процесс центральной и периферической нервной системы, ранняя потеря трудоспособности, раннее наступление инвалидности являются причинами появления нарушений психоэмоционального статуса при бруцеллезе.

Изучение психофункциональных параметров больных имеет в настоящее время важное диагностическое значение, с помощью которого возможна оценка характера и размеров психологических изменений, возникающих в ходе заболевания. Исследование динамики этих изменений служит интересам прогноза заболевания, хода реабилитации больных.

Целью настоящей работы было изучение психофункционального состояния больных хроническим бруцеллезом. Для реализации поставленной цели проведено клиническое обследование 80 больных хроническим бруцеллезом с поражением опорно-двигательного аппарата и комбинированной формой. В ходе исследования использовались опросниковые психодиагностические методики (шкалы самооценки уровня личностной и реактивной тревожности; депрессии; астенизации; методика оперативной оценки самочувствия, активности, настроения, тесты для определения объема и концентрации внимания).

Анализ полученных данных позволил установить наличие высокого уровня тревожности, депрессии, синдрома астении; нарушения умственной способности в результате снижения объема и концентрации внимания, что приводит к снижению качества жизни пациентов в целом. У больных хроническим бруцеллезом отмечаются изменения суточного ритма показателей самочувствия, активности, настроения, свидетельствующие о снижении адаптивных сил организма.

Таким образом, особое внимание следует уделять состоянию нервно-психической сферы больного, так как оно влияет на клиническое течение заболевания и дальнейший прогноз, что обуславливает необходимость комплексного подхода к лечению с помощью методов психотерапии.