тельная корреляция между содержанием АД и НА: r = 0,56).

Катехоламины регулируют в первую очередь количество естественных киллеров и гранулоцитов, могут проявить негативное влияние на процессы транскрипции, пролиферации и клеточной дифференцировки, вызывают индукцию апоптоза. У больных раком легкого второй стадии апоптотический индекс, определяемый в лимфоцитах периферической крови с акридиновым оранжевым, составил 4,6; третьей стадии – 7,5. Это превышает апоптотический индекс у доноров в 5,7 и 9,4 раза соответственно. Таким образом, повышение в крови уровня катехоламинов приводит к апоптической гибели лимфоцитов.

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОВОДЯЩЕГО И РАБОЧЕГО МИОКАРДА СИНОАУРИКУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ СЕРДЦА ВНЕЗАПНО УМЕРШИХ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

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 приузловом рабочем миокарде правого предсердия (ПП) у 8 внезапно умерших от алкогольной кардиомиопатии (АКМП) на фоне острого алкогольного отравления (ОАО) или без него. У 3 человек по результатам химической экспертизы смерть наступила на фоне ОАО. Возраст умерших колебался от 32 до 56 лет, а масса сердца - от 280 до 770 граммов. Материал забирали в течение 3 часов после смерти. Постинфарктные рубцы в миокарде отсутствовали. У всех умерших была обнаружена жировая дистрофия печени и незначительное сужение просвета основных коронарных артерий сердца. Синоаурикулярную область сердца забирали одним блоком, фиксировали в 4% растворе параформальдегида на 0,1 М фосфатном буфере (pH=7,4) при 4°С 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, причем суммарное количество негативов для СУ и ПП было не менее 60 для каждого случая. Результаты измерений обрабатывали статистически и характеризовали каждый параметр средним и его ошибкой для каждого случая. Различия между одноименными компонентами соединительной ткани в СУ и ПП для каждого случая, между разными случаями в пределах одной группы оценивали с использованием t критерия Стьюдента, а для оценки межгрупповых различий использовали U критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Показано, что, не смотря, на вариабельность содержания соединительнотканых компонентов в СУ и ПП у разных умерших, часто эти показатели достоверно различались для проводящего и рабочего миокарда. Разброс по случаям составлял по объемной плотности клеток соединительной ткани от 2,1±0,2% до 3,9±0,5% для СУ и от 0,7±0,2% до 2,7±0,3% для ПП. По объемной плотности эластических волокон он был от 2,2±0,3% до 6,6±0,3% для СУ и от 1,3±0,1% до 3,2±0,6% для ПП. По объемной плотности коллагеновых волокон разброс был для СУ от 17,5±1,4% до 39,0±1,8%, а для ПП – от 1,6±0,3% до 7,4±1,1% в разных случаях группы. И, наконец, объемные плотности основного вещества соединительной ткани варьировали в СУ от 28,0±2,1% до 56,3±2,1%, а в ПП от 14,5±1,8% до 37,7±3,0% от объема миокарда. Межгрупповые различия в содержании основных компонентов соединительной ткани соответственно в СУ и ПП выявлены не были. Было показано, что во всей этой объединенной группе умерших (возраст 40±3 года) со средней массой сердца 451±52 грамма объемные плотности соединительнотканых клеток, эластических и коллагеновых волокон, а также основного вещества составляли для СУ 2,6±0,5%, 3,8±0,6%, 22,9±2,4% и 40,7±2,9% соответственно от объема проводящего миокарда. В ПП эти же компоненты составляли соответственно 1,5±0,2%, 1,7±0,2%, 4,4±0,9% и 22,6±2,1% от объема рабочего миокарда. При этом в среднем по общей группе в СУ было достоверно больше эластических (в 2,2 раза, $p<0,01$) и коллагеновых волокон (в 5,2 раза, $p<0,001$), а также основного вещества соединительной ткани (в 1,8 раза, $p<0,001$), чем в ПП. Объемные плотности соединительнотканых клеток различались не достоверно.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДВУХ ТИПОВ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

Пирогова Е.А., Дудник П.В.
Белгородский государственный университет
Белгород, Россия

Трудности диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей на современном этапе определяются широким полиморфизмом клиники, недостаточным арсе-