

Исследование структурообразующих элементов дегидратированной капли (фации) проводили при увеличениях от $\times 10$ до $\times 80$ с помощью стереомикроскопа M²-12 фирмы Leica и цветной цифровой камеры Pixeta. Методом клиновидной дегидратации изучали морфологическую картину фации сыворотки крови и менструальных выделений, при этом проводилась оценка структуропостроения фации в целом (системная организация) и картины локальных структур.

У пациенток с АМК в 38 % случаев был выявлен иррадиальный тип фаций, указывающий на выраженные нарушения гомеостаза. В исследуемых фациях были обнаружены патологические структуры, свидетельствующие о явлениях интоксикации и «жгутовые блоки» – маркеры гипоксического состояния тканей.

Таким образом, полученные предварительные результаты свидетельствуют об информативности технологии «Литос-система» у пациенток с АМК и необходимости продолжения исследований в этом направлении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Донцов Д.В., Перепечай С.Д., Ковтун А.Л.,
Кобылинский О.Г.

*Ростовский государственный медицинский
университет, Ростов-на-Дону,
e-mail: d_dontcov@mail.ru*

Цель исследования: изучить методом сканирующей электронной микроскопии поверхностную архитектуру эритроцитов периферической крови у больных хроническим гепатитом С (ХГС), получающих комбинированную противовирусную терапию (КПТ). Под наблюдением находилось 54 больных ХГС в возрасте 23–59 лет, 25 из них получали рибавирин в сочетании с пегилированными α -ИФН, а 29 – с «короткими». Техническая база исследования: растровый электронный микроскоп «Philips XL 30 ESEM-TMP» (Нидерланды). Образцы периферической крови подвергали двойной фиксации и дегидратации по методике Г.И. Козинца с соавт. (1984). Компьютерная цитоморфометрия выполнялась с использованием программного пакета ITEM universal TEM imaging platform (Olympus). Исследование проводилось перед началом КПТ, затем через 4 и 8 недель лечения. Полученные результаты: изначально нормоциты составили $70,04 \pm 0,94\%$, эхиноциты – $9,67 \pm 0,47\%$, сфероциты и прочие деструктивные формы эритроцитов – $20,28 \pm 0,65\%$. Через 4 недели относительное количество нормоцитов было $60,04 \pm 0,9\%$, эхиноцитов – $6,0 \pm 0,14\%$, сфероцитов и прочих деструктивных форм – $33,60 \pm 0,42\%$. Спустя

8 недель КПТ соотношение количества данного типа клеток составило соответственно: $53,35 \pm 0,63$; $7,47 \pm 0,37$ и $40,17 \pm 0,42\%$. Во всех случаях отмечалась статистически значимая разница полученных результатов ($p < 0,01$). Выводы: в ходе проведения КПТ наблюдается достоверное снижение относительного числа нормоцитов и повышение аномальных (стареющих) форм эритроцитов. Как известно, теряющие эластичность сфероциты и прочие деструктивные формы «выбраковываются» макрофагами красной пульпы селезенки, подвергаясь в конечном итоге внесосудистому гемолизу. Полученные результаты представляются весьма логичными, поскольку внутрисосудистый гемолиз, как известно, сопровождается повышением уровня внеэритроцитарного Нб, сывороточного билирубина и развитием гемолитической желтухи, чего у наблюдаемых нами больных ХГС в ходе проведения КПТ не наблюдалось.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II–III СТЕПЕНИ

Мидленко В.И., Нгуен Д.Т., Карташев А.А.,
Евтушенко Е.Г.

*ГБОУ ВПО «Ульяновский государственный
университет», Ульяновск,
e-mail: mynewtrashcan@gmail.com*

Хронический геморрой встречается у 126 из 1000 человек трудоспособного возраста. Это заболевание значительно ухудшает качество жизни больных и приводит к длительным срокам нетрудоспособности. Существует множество способов хирургического лечения данного заболевания, а выбор метода операции часто определяется предпочтениями того или иного хирурга.

Целью данной работы является улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя II–III степени у больных путем разработки дифференцированного подхода к лечению у различных групп больных.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 154 пациента с диагнозом «хронический геморрой», оперированных в период 2008–2011 гг. в хирургических отделениях ГУЗ Ульяновская областная больница № 2 и ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи. Из них мужчин – 80 (52 %), женщин – 74 (48 %). В возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст $47,5 \pm 13,8$ лет.

Все пациенты, в зависимости от подходов к лечению, были разделены на 2 группы. В первую группу включено 46 больных, оперированных в период 2008–2010 гг., которым выполнялась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации НИИ Ко-

лопроктологии. Во вторую группу включено 108 больных, оперированных в 2010–2011 гг. с использованием дифференцированного подхода к выбору оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей пациента.

Выбор способа хирургического лечения геморроя во второй группе осуществлялся следующим образом: 45 больным с хроническим комбинированным геморроем II–III степени с выраженными наружными узлами производилась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии, 26 больным с хроническим внутренним геморроем II–III степени (с выпадением слизистой оболочки) выполнялась Аппаратная геморроидэктомия по Лонго, а 37 больным с хроническим внутренним геморроем II–III степени (без выпадения слизистой оболочки) выполнялось проксимальное лигирование геморроидальных артерий.

Все группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям и способам обезболивания.

Результаты. В первой группе ранние послеоперационные осложнения возникли у 14 (30,4%) больных, во второй – у 13 (12,0%) больных. Таким образом, риск возникновения ранних послеоперационных осложнений в первой группе больных был в 2,5 раза выше, чем во второй ($p < 0,05$).

Средние сроки госпитализации и полного заживления ран в первой группе составили $12,6 \pm 5,4$ и $28,3 \pm 10,4$ суток, во второй – $9,4 \pm 4,4$ и $18,8 \pm 5,4$ суток соответственно. Разница показателей во всех случаях статистически достоверна ($p < 0,05$).

Выводы. Использование предложенного дифференцированного подхода к выбору способа оперативного лечения геморроя II–III степени в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей пациентов позволяет значительно снизить риск возникновения послеоперационных осложнений и сократить сроки лечения больных.

ПОИСК ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ БИОМАРКЕРОВ ПРИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОМИОПАТИЯХ

¹Мир-Касимов М.Ф., ¹Ключников С.А.,

¹Федин П.А., ¹Сахарова А.В., ¹Чайковская Р.П.,

¹Пыхтина Т.Н., ²Захарова Е.Ю.,

¹Иллариошкин С.Н., ¹Иванова-Смоленская И.А.

¹ФГБУ «Научный центр неврологии» Российской академии медицинских наук, Москва;

²ФГБУ «Медико-генетический научный центр» РАМН, Москва, e-mail: asadulla.68@gmail.com

Целью исследования являлся анализ особенностей течения, клинко-инструменталь-

ной и морфологической картины заболевания и поиск биомаркеров болезни у взрослых пациентов, страдающих митохондриальными энцефаломиопатиями (МЭ) с полиморфной неврологической симптоматикой.

Применялись следующие методы:

✓ оценка неврологического статуса;
✓ определение уровня лактата и пирувата в крови;

✓ электроэнцефалография (ЭЭГ);
✓ мультимодальные вызванные потенциалы (ВП);

✓ электронейромиография (ЭНМГ);
✓ молекулярно-генетический анализ;

✓ комплексное морфогистохимическое и ультраструктурное исследование.

Были получены следующие результаты: обследованы 54 пациента обоего пола (средний возраст 33 года) с диагнозом МЭ. В большинстве случаев имели место генетически недифференцированные формы МЭ, подтвержденные результатами биопсии четырехглавой мышцы бедра. В 17 случаях диагностированы синдромы MERRF, MELAS и Кернса-Сэйра, верифицированные данными ДНК-анализа. Неврологические проявления были представлены преимущественно миоклонус-эпилепсией, постурально-кинетическим тремором рук, вестибуло-атактическим синдромом, нейросенсорной тугоухостью и снижением толерантности к физической нагрузке. В процессе обследования пациентов выявлен ряд информативных ЭЭГ-, ВП- и ЭНМГ-маркеров, что обосновывает важность включения электронейрофизиологических методов в алгоритм обследования пациентов с предполагаемыми МЭ. При морфологическом и гистохимическом исследовании биоптатов мышц во всех случаях обнаружены мозаичная атрофия и дистрофия ряда мышечных волокон, перемещение ядер миоцитов с периферии в центр мышечного волокна, в некоторых случаях – фиброз перимизия и периваскулярный склероз, позитивный феномен RRF выявлялся в 10–45% мышечных волокон. При электронной микроскопии мышечных биоптатов выявлена пролиферация и концентрация под сарколеммой аномальных митохондрий с дезорганизацией крист, кристаллические включения в части из них и др. Анализ случая аутопсии выявил атрофические изменения в коре больших полушарий, нижних оливах, других ядрах ствола мозга и особенно – в подкорковых узлах.

Таким образом, верификация диагноза МЭ требует проведения тщательного дифференциального диагноза с другими нейродегенеративными заболеваниями. В этих случаях должен применяться системный подход, выходящий за рамки стандартного неврологического алгоритма обследования.