

та больных, была проанализирована зависимость генерации АФК цельной крови от выраженности печёночной недостаточности и портальной гипертензии. Исследована способность генерировать АФК лейкоцитами цельной крови в зависимости от выраженности ЦП по критериям Чайлд-Пью. Зарегистрировано снижение способности лейкоцитов генерировать АФК у больных ЦП всех групп (по классам А, В и С) по отношению к контрольной группе ( $P < 0,05$ ). Установлено, что с увеличением степени тяжести ЦП по выраженности критериев Чайлд-Пью у больных снижается данный показатель. Так в 1 группе больных ЦП (класс А) генерация АФК составила  $15,49 \pm 1,09 \times 10^5$ , что выше, чем у больных 2 группы (ЦП класса В) -  $11,87 \pm 0,89 \times 10^5$  ( $P < 0,05$ ) и 3 группы (ЦП класса С) -  $9,51 \pm 0,63 \times 10^5$  ( $P < 0,05$ ), причём получено значимое изменение показателя между группами 2 и 3 ( $P < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о снижении способности лейкоцитов генерировать АФК у больных ЦП по критериям Чайлд-Пью, что указывает на тесную взаимосвязь функциональной активности лейкоцитов с выраженностью печёночной недостаточности и подтверждает значимость эндотоксинемии в подавлении процессов фагоцитоза. Нарастание тяжести по критериям Чайлд-Пью свидетельствует не только о паренхиматозной недостаточности, но и портальной гипертензии. Поэтому увеличение её выраженности должно происходить параллельно с повышением сброса портальной крови, содержащей ингибиторы фагоцитарной активности лейкоцитов (в первую очередь эндотоксин грамотрицательных кишечных бактерий), в системную циркуляцию, минуя печень. Поэтому изучена зависимость способности лейкоцитов больных ЦП генерировать АФК от наличия варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). У больных ЦП как с ВРВП, так и без ВРВП отмечено достоверное снижение генерации АФК лейкоцитами периферической крови ( $P < 0,05$ ) по отношению к контрольной группе. Более выраженное уменьшение генерации АФК лейкоцитами выявлено у больных ЦП с наличием ВРВП -  $10,31 \pm 0,49 \times 10^5$  ( $P < 0,05$ ). Так как ВРВП является наиболее характерным проявлением портальной гипертензии, полученные результаты свидетельствуют о роли коллатерального portoкавального сброса крови в снижении фагоцитарной активности лейкоцитов.

Представленные данные позволяют заключить, что по мере утяжеления патологии печени уменьшается способность лейкоцитов периферической крови генерировать АФК, наиболее выраженная у больных ЦП класса С (декомпенсированным циррозом) и сформированными portoкавальными шунтами, что имеет определённое прогностическое значение в оценке риска развития бактериальных осложнений у данных больных и позволяет корректировать лечебные мероприятия.

### КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СВЕТОМИКРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНЕВОГО СОСТАВА МИОМЕТРИЯ МАТКИ РОЖЕНИЦ

Подтетенов А.Д., Ботчей В.М., Павлович Е.Р.  
Акушерское отделение ИГКБ им. Н.И. Пирогова,  
ГОУ ВПО РГМУ и лаборатория нейроморфологии с  
группой электронной микроскопии ИКК  
им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК,  
Москва

Для объективизации клинического диагноза проводили изучение морфологии матки первородящих женщин с использованием качественного и количественного светооптического анализа биопсийного материала. Обследовали кусочки миометрия, полученные во время абдоминальных родов, выполненных по экстренным показаниям со стороны матери или плода у 17 рожениц при физиологических родах, а также с дискоординацией родовой деятельности или её слабостью. Кесарево сечение выполняли в нижней трети матки, проводя разрез поперек её длинника при сроке беременности женщин от 37 до 40 недель. Возраст женщин был от 20 до 38 лет (средний возраст -  $25,7 \pm 2,1$  года). В части случаев имела место острая или хроническая гипоксия плода. Иссекался участок матки, промывался 0,1 М фосфатным буфером и помещался в 4% раствор параформальдегида на несколько суток в холодильник ( $t = 4^\circ\text{C}$ ). Дофиксировали материал в 1%  $\text{OsO}_4$  2 часа. Проводили дегидратацию в спиртах возрастающей концентрации и заключение в эпоксидную смолу аралдит. Биопсии ориентированно размещали в капсулах для полимеризации. С блоков получали срезы толщиной 1-2 мкм и окрашивали их толуидиновым синим. Показали на светооптических препаратах, что мышечные пучки одного порядка в нижнем сегменте матки были сформированы из гладкомышечных клеток (ГМК), имевших разное сродство к толуидиновому синему. При этом у всех женщин в мышечных пучках матки встречались ГМК с разной интенсивностью окраски их цитоплазмы. Мышечные пучки ГМК располагались среди соединительной ткани вместе с элементами микроциркуляторного русла матки. С целью выявления возрастных изменений тканевого состава миометрия матки первородящих беременных условно разбили всю группу на две: до 24 лет (включительно) и после 24 лет без учета сократительной деятельности органа в родах. Среднегрупповой возраст составил  $21,6 \pm 0,4$  лет для младшей ( $n=8$ ) и  $30,3 \pm 1,7$  лет для старшей групп ( $n=9$ ) при  $p < 0,001$ . Анализ тканевых компонентов матки показал, что в младшей группе рожениц ГМК занимали от  $45,0 \pm 3,6\%$  до  $69,7 \pm 3,0\%$  от общего объема органа (и в среднем этот показатель составлял  $58,0 \pm 2,8\%$ ), а в старшей группе рожениц этот показатель колебался от  $25,9 \pm 4,6\%$  до  $67,5 \pm 1,8\%$  от общего объема органа (в среднем этот показатель равнялся по группе  $51,7 \pm 4,0\%$ ,  $p > 0,1$ ). Объемная плотность соединительной ткани варьировала у разных рожениц младшей группы от  $27,2 \pm 2,2\%$  до  $51,6 \pm 3,3\%$  (в среднем  $39,9 \pm 2,4\%$ ), а в старшей группе от  $29,6 \pm 2,0\%$  до  $73,2 \pm 1,4\%$  (в среднем она составляла  $45,5 \pm 4,2\%$  от

объема миометрия,  $p > 0,1$ ). И наконец, доля элементов микроциркуляторного русла колебалась от  $0,3 \pm 0,3\%$  до  $3,4 \pm 1,1\%$  в младшей возрастной и от  $0,9 \pm 0,4\%$  до  $5,5 \pm 0,6\%$  в старшей возрастной группе рожениц, а в среднем она составляла соответственно  $2,1 \pm 0,4\%$  и  $2,8 \pm 0,5\%$  от объема миометрия матки ( $p > 0,1$ ). Несмотря на значительные вариации тканевых компонентов, сохранялся общий план строения матки как мышечно-соединительнотканного органа в обеих возрастных группах. Обсуждается возможная роль обнаруженных возрастных вариаций содержания тканевых компонентов миометрия матки в характере ее функционирования в родах и целесообразность коррекции тканевого состава органа с помощью медикаментозных средств с целью нормализации сократительной деятельности органа при патологических родах.

### РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У ЖИТЕЛЕЙ ЧЕРНОМОРСКОГО ПОБЕРЕЖЬЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Разин А.П.<sup>1</sup>, Борисова К.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Сальская центральная больница, Сальск, Ростовская область,

<sup>2</sup>Городская поликлиника №1, Сочи, Краснодарский край

#### Актуальность исследования

Хроническая ишемическая оптическая нейропатия (ХИОН) – заболевание, обусловленное хроническим нарушением кровообращения в сосудах зрительного нерва при окклюзионно-стенозических поражениях сонных артерий. Встречается у 8-12% больных с глазным ишемическим синдромом (Солянова Л.А., 1990; Киселева Т.Н., 2001). Этиологию ХИОН связывают с атеросклеротическим поражением сонных артерий, часто в сочетании с сахарным диабетом (СД) и гипертензивной болезнью (ГБ) (Еременко А.И. и соавт., 1990; Archer J.S. et al., 1998).

#### Материал и методы исследования

Нами исследована медицинская документация 250 жителей г. Сочи и прилегающей сельской местности, обращавшихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения города, которым был выставлен диагноз: «Хроническая ишемическая оптическая нейропатия». Мужчины составили 45,2%, женщины – 54,8%. Такое же соотношение наблюдалось и между работающими и неработающими. Горожане резко преобладали над жителями сельской местности – 88,8% и 11,2%.

Вся когорта больных ХИОН нами разделена на 4 возрастные группы: первая – 40-50 лет (ПВГ), вторая – 51-60 лет (ВВГ), третья – 61-70 лет (ТВГ) и четвертая – 71-80 лет (ЧВГ). Численный состав пациентов составил: ПВГ – 13 (5,2%), ВВГ – 96 (38,4%), ТВГ – 83 (33,2%), ЧВГ – 58 (23,2%). Женщины преобладали в первых трех группах (61,5%, 56,3%, 56,6%), за исключением ЧВГ (48,3%), работающие – до пенсионного возраста – над не работающими (ПВГ – 100% и 0%, ВВГ – 83,3% и 16,7%, ТВГ – 24,1% и 75,9%, ЧВГ – 0% и 100%). Также во всех группах горожане значительно преобладали над селянами: 76,9% - 97,9% - 81,3% - 69%.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Наибольшее количество больных ХИОН отмечено в ВВГ – 38,4%, наименьшее – в ПВГ – 5,2%. Острота зрения (без очков коррекции) составила: 1,0 – 21,2%, 0,7-0,9 – 28,4%, 0,6-0,3 – 20,4%, 0,2-0,1 – 11,6%, 0,1-0,08 – 9,2%, 0,06-0,04 – 3,6%, 0,02-0,01 – 2,4%; по группам соответственно: ПВГ – 61,5%, 15,4%, до 0,1-0,08 – по 7,7%; ВВГ – 34,4%, 29,2%, 21,9%, 9,4%, 2,1%, 3,1%, 1%; ТВГ – 12%, 39,8%, 13,3%, 13,3%, 8,4%, 4,8%, 3,6%; ЧВГ – 3,4%, 13,8%, 31%, 13,8%, 22,4%, 3,4%, 3,4%. Таким образом, у пациентов от 40 до 60 лет преобладала острота зрения, равная 1,0 (61,5% и 34,4%), у лиц от 61 до 80 лет – 0,7-0,9 и 0,6-0,3 (39,8% и 31%).

Заслуживающие внимания данные получены нами при изучении полей зрения (ПЗ) у больных ХИОН. Концентрическое сужение ПЗ зарегистрировано у 43,2% пациентов, парацентральная скотома – у 19,2%, абсолютная скотома – у 3,6%, секторообразная скотома – у 4%, периферическая скотома – у 12,8%, гемиптопии гомонимные – у 2,4%, гетеронимные – у 1,2%, атрофия зрительного нерва – у 4,4%. Процентное соотношение больных с поражениями ПЗ и атрофией зрительного нерва по возрастным группам документировалось соответственно: ПВГ – 30,8%, 23,1%, 0%, 23,1%, 0%, 15,4%, 0% и 0%, 7,7%; ВВГ – 49%, 17,7%, 4,2%, 2,1%, 6,3%, 12,5%, по 2,1%, 4,2%; ТВГ – 39,8%, 14,5%, 15,7%, 4,8%, 4,8%, 14,5%, 3,6% и 0%, 2,4%; ЧВГ – 41,4%, 27,6%, 10,3%, 0%, 0%, 10,3%, по 1,7%, 6,9%. Таким образом, наиболее частым поражением полей зрения явилось их концентрическое сужение (43,2%), наименее – гетеронимные гемиптопии (1,2%). Наряду с концентрическим сужением ПЗ у пациентов с ХИОН в возрасте от 40 до 50 лет преобладали парацентральные и кольцевидные скотомы (по 23,1%), у лиц от 51 до 60 лет – парацентральные и периферические скотомы (17,7% и 12,5%), в группах: 61-70 лет – абсолютные, парацентральные и периферические скотомы (15,7% и по 14,5%); 71-80 лет – парацентральные, абсолютные и периферические скотомы (27,6% и по 10,3%).

В таблице №1 представлены абсолютные и относительные показатели нарушений остроты зрения, поражений полей зрения, сочетанной соматической и другой офтальмологической патологии в зависимости от возраста пациентов, страдающих хронической ишемической оптической нейропатией.

Сочетание хронической ишемической оптической нейропатии с ишемической болезнью сердца (ИБС) зарегистрировано у 73,2% пациентов, с гипертензивной болезнью – у 44,8%, с сахарным диабетом II типа – у 24%, с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) – у 23,2%. В возрастных группах вышеперечисленные нозологии с поражением системы кровообращения заняли следующие представительства: ПВГ – 61,5%, 30,8%, 7,7%, 15,4%; ВВГ – 72,9%, 31,3%, 18,8%, 10,4%; ТВГ – 77,1%, 57,8%, 14,5%, 16,9%; ЧВГ – 70,7%, 51,7%, 50%, 55,2%. Для пациентов из этого контингента характерным оказалось наличие нескольких заболеваний, особенно в возрасте от 61 до 80 лет.