

затем по 100 мг ежедневно в течение 3-х дней и еще 400 мг по 100 мг через день. У всех больных проводилось определение малонового диальдегида в плазме крови методом с использованием тиобарбитуровой кислоты.

Проведенные исследования показали, что содержание малонового диальдегида в плазме крови больных сальмонеллезом зависело от периода заболевания, достигая максимальных значений в периоде разгара в обеих группах. В периоде угасания клинических симптомов, параллельно улучшению общего состояния больных, происходило снижение изучаемого показателя, более выраженное в группе больных, получавших тамерит. В периоде ранней реконвалесценции, перед выпиской больных из стационара, уровень малонового диальдегида в первой группе больных достоверно снижался по сравнению с предыдущим периодом, но не достигал уровня здоровых, что свидетельствует о незавершенности патологического процесса. В группе больных, получавших тамерит, в периоде ранней реконвалесценции значение малонового диальдегида существенно снижалось и не отличалось от такового у здоровых.

Таким образом, можно сделать вывод, что назначение препарата тамерит является целесообразным при сальмонеллезе, как антиоксидантного препарата, способствующего снижению в плазме крови продуктов перекисного окисления липидов, в частности, малонового диальдегида, и ускоряющего процесс выздоровления.

Некоторые вопросы распространения и профилактики вирусных гепатитов В и С в современных условиях

Мартова О.В., Ахмерова Р.Р., Курятникова Г.К.,
Лукашина Д.Ф.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Вирусные гепатиты представляют одну из важнейших проблем здравоохранения как в нашей стране в целом, так и в нашем регионе. Это связано с их широким распространением, изменением структуры и путей передачи инфекции, неуклонным ростом заболеваемости и высокой склонностью к хронизации процесса.

В задачи исследования входило изучение особенностей течения эпидемиологического процесса при вирусных гепатитах с парентеральным механизмом передачи на территории Астраханской области, с целью выявления основных источников инфекции путей и факторов передачи.

Проведенные исследования показали, что заболеваемость гемоконтактными вирусными гепатитами в нашем регионе составила 68,9%. Отмечалась высокая заболеваемость вирусным гепатитом В (показатель заболеваемости 41,9 на 100 тыс. населения) и вирусным гепатитом С (показатель заболеваемости 22,7 на 100 тыс. населения). Причем, заболеваемость вирусным гепатитом В (ВГВ) оставалась практически на одинаковом уровне в течение последних трех лет, а – вирусным гепатитом С (ВГС) имела тенденцию к

значительному росту превысив данные заболеваемости предыдущих годов почти в два раза.

Особенностью эпидемиологической ситуации в нашем регионе стало преобладание среди заболевших молодых людей и подростков (от 15 до 29 лет), доля которых составила 70% от общего числа заболевших вирусными гепатитами. Среди них увеличилось число случаев микст-инфекции до 17%, что утяжеляло течение болезни, удлиняло сроки пребывания в стационаре, способствовало хронизации процесса. Такой возрастной состав заболевших ВГВ и ВГС был обусловлен тем, что в структуре путей инфицирования у них преобладали «наркозависимый» и половой пути передачи инфекции.

Кроме клинически выраженных форм заболевания вирусными гепатитами В и С ежегодно происходит накопление скрытых источников инфекции за счет носителей HBsAg и анти-ВГС и больных хроническими формами. В прошедшем году уровень носительства HBsAg составил 165,4 случая на 100 тыс. населения, а анти-ВГС – 89,8 случаев на 100 тыс. населения, что указывало на увеличение интенсивности эпидемического процесса в Астраханской области.

Увеличилась заболеваемость гепатитами сочетанной этиологии и в настоящее время она составляет 0,9 на 100 тыс. населения (против 0,2 в 1996 году). Особенностью современной эпидемиологической ситуации связанной с гемоконтактными вирусными гепатитами является стремительный рост заболеваемости впервые выявленными хроническими гепатитами. Так, заболеваемость ХВГВ составила 4,9 случаев на 100 тыс. населения, ХВГС – 4,15 на 100 тыс. населения.

Таким образом, нашу область можно отнести к территории с достаточно высоким уровнем заболеваемости гемоконтактными вирусными гепатитами. Это связано с ежегодным увеличением суммарного резервуара инфекции, активизацией новых путей передачи, что неизбежно приводит к распространению инфекции.

Сейчас, ведущая роль в борьбе с ВГВ отводится вакцинопрофилактике. Она может изменить негативную тенденцию роста заболеваемости ВГВ в нашем регионе и перевести эту инфекцию в разряд «управляемых». Важное место в борьбе с ВГС должно отводиться профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, направленным на выявление источников инфекции и разрыв путей передачи.

Иммунная дезадаптация при гестационном пиелонефрите

Михайлов И.В.

*Государственный медицинский университет,
Саратов*

Цель исследования изучить показатели иммунного гомеостаза при разных вариантах течения острого гестационного пиелонефрита.

Обследовано 74 пациентки с острым гестационным пиелонефритом, из них: 48 – с серозным, 26 – с гнойным пиелонефритом. Контрольную группу составили 35 первобеременных женщин с благоприятным

акушерским анамнезом. Фенотипирование лимфоцитов осуществляли непрямым иммунофлуоресцентным методом с помощью моноклональных антител по CD-рецепторам. Определяли Т-лимфоциты (общая популяция – CD₃); Т-хелперы (субпопуляция Тх – CD₄); Т-супрессоры (субпопуляция Тс – CD₈). Показатели клеточного звена иммунитета изучали в реакции бласттрансформации лимфоцитов (РТБЛ) с неспецифическими митогенами ФГА и КонА (подсчет радиоактивности 3Н тимидина с активностью 17 Ме Вg/mM проводили на бета-спектрометре жидким сцинтилляционным методом Марк-II) и в НСТ-тесте активации нейтрофилов.

У женщин контрольной группы число Т-хелперов составило 46,8±0,5%, Т-супрессоров - 21,3±0,5%, индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) - 2,25±0,12 у.е., пролиферативная активность культур клеток в присутствии ИЛ-1 (без применения ФГА) - 1,18±0,10 у.е., после добавления к клеткам митогена ФГА - 1,46±0,13 у.е., индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 - 4,65 ± 0,13 у.е.

У обследованных пациенток обеих групп выявлен лейкоцитоз с достоверным снижением количества лимфоцитов по сравнению с контрольной группой, дисбаланс субпопуляций Т-клеток, с уменьшением их хелперной части (CD₄ - 42,7±0,5 и 39,3±0,4 соответственно у пациенток с серозным и гнойным пиелонефритом), возрастанием количества супрессоров (CD₈ - 23,8±0,4 и 26,4±0,4 соответственно у пациенток с серозным и гнойным пиелонефритом).

Индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) у пациенток с серозным пиелонефритом нарастал (4,85±0,26 у.е.), достоверно превосходя аналогичные данные у беременных с гнойным пиелонефритом (2,78±0,22 у.е.) и в контрольной группе (p<0,05). Средние показатели пролиферативной активности культур клеток в присутствии ИЛ-1 (без применения ФГА) были достоверно выше в группе пациенток с серозным пиелонефритом, чем у пациенток с гнойным пиелонефритом (соответственно 5,20±0,28 и 1,98±0,30 у.е., p<0,05). Достоверные различия в уровнях комитогенного эффекта, позволяющего оценивать активность ИЛ-1, сохранялась и после добавления к клеткам митогена ФГА (серозный пиелонефрит - 12,5±0,38 у.е.; гнойный пиелонефрит - 5,74±0,26 у.е., p<0,05). Индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 был у пациенток с гнойным пиелонефритом также достоверно снижен (5,26±0,18 у.е.) по сравнению со значениями у пациенток с серозным пиелонефритом (8,74±0,22 у.е., p<0,05).

Таким образом, острый серозный пиелонефрит сопровождается увеличением пролиферативной способности иммунокомпетентных клеток под влиянием цитокинов – интерлейкина-1 и интерлейкина-2. Это свидетельствует об активации Т- и В-лимфоцитов, играющих важную роль в иммунном ответе и процессах регенерации. Низкие уровни пролиферативной активности клеточных процессов у пациенток с гнойным пиелонефритом характерны для осложненного течения заболевания. Комплексный анализ этих показателей позволяет прогнозировать течение острого гестационного пиелонефрита и при необходимости наметить пути коррекции.

Микроциркуляторный гомеостаз при доброкачественных и злокачественных опухолях эндокринных органов

Михалева Л.М.

Научно-исследовательский институт морфологии человека РАМН, Москва

Гемомикроциркуляторное русло (ГМЦР) новообразований - система питательно-дренажных каналов в двусторонней связи организм-опухоль. Проведенное комплексное морфологическое исследование ГМЦР яичников и щитовидной железы (ЩЖ) в сочетании с цветовым доплеровским картированием (ЦДК) в предоперационном периоде показало, что типы кровоснабжения в доброкачественных и злокачественных опухолях различная. Так, в злокачественных опухолях яичников и ЩЖ выявлена высокая васкуляризация за счет наличия кровеносных сосудов примитивного строения синусоидного типа с истончением мышечного слоя стенки, что демонстрируется при окраске по Маллори и ван Гизон, а также подтверждается отсутствием экспрессии SMA при иммуногистохимическом исследовании. В доброкачественных опухолях указанных органов выявляются хорошо дифференцированные кровеносные сосуды всех гистологических отделов микроциркуляторного русла. Морфометрия кровеносных сосудов показала, что объемная плотность сосудов (ОПС) в злокачественной опухоли в 1,1 раз ниже по сравнению с тканью ЩЖ в норме и в 1,5 раза ниже по сравнению с зоной вне опухоли. При этом толщина стенки кровеносных сосудов в злокачественной опухоли этого органа в 5,4 раза меньше по сравнению с кровеносными сосудами доброкачественной опухоли. Просвет кровеносных сосудов артериального типа в серозных злокачественных опухолях яичников расширен в 2,6 раза по сравнению с кровеносными сосудами доброкачественных серозных опухолей, что объясняет низкое сопротивление (показатель ЦДК-индекс резистентности) кровотока в первых двух типах опухолей. При этом выявлена позитивная корреляция между морфометрическим показателем (ОПС) и параметром ЦДК (максимальная систолическая скорость кровотока) во всех изучаемых серозных опухолях яичников. Таким образом, выявленные характерные изменения сосудов ГМЦР опухолей яичников и ЩЖ могут служить важным дифференциально-диагностическим критерием при проведении ЦДК и морфологического исследования.

HVG- инфекция - клиника, течение

Моренец Т.М., Шведова Н.В., Колодько Е.И.,

Савицкая И.М., Лебедев П.В.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Городская клиническая инфекционная больница,
Краснодар*

В 2003 году в клинической городской инфекционной больнице г. Краснодара наблюдалось 29 больных с хроническим гепатитом G (ХГ-G) в виде моноинфекции (11 человек) и микст-инфекции (18 человек). Верификация HVG-гепатита осуществлялась обнаружением РНК HVG методом ПЦР: при моноинфекции