

акушерским анамнезом. Фенотипирование лимфоцитов осуществляли непрямым иммунофлуоресцентным методом с помощью моноклональных антител по СД-рецепторам. Определяли Т-лимфоциты (общая популяция – СД₃); Т-хелперы (субпопуляция Тх – СД₄); Т-супрессоры (субпопуляция Тс – СД₈). Показатели клеточного звена иммунитета изучали в реакции бласттрансформации лимфоцитов (РТБЛ) с неспецифическими митогенами ФГА и КонА (подсчет радиоактивности ЗН 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 $46,8 \pm 0,5\%$, Т-супрессоров - $21,3 \pm 0,5\%$, индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) - $2,25 \pm 0,12$ у.е., пролиферативная активность культур клеток в присутствии ИЛ-1 (без применения ФГА) - $1,18 \pm 0,10$ у.е., после добавления к клеткам митогена ФГА - $1,46 \pm 0,13$ у.е., индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 - $4,65 \pm 0,13$ 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 (СД₄ - $42,7 \pm 0,5$ и $39,3 \pm 0,4$ соответственно у пациенток с серозным и гнойным пиелонефритом), возрастанием количества супрессоров (СД₈ - $23,8 \pm 0,4$ и $26,4 \pm 0,4$ соответственно у пациенток с серозным и гнойным пиелонефритом).

Индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) у пациенток с серозным пиелонефритом нарастал ($4,85 \pm 0,26$ у.е.), достоверно превосходя аналогичные данные у беременных с гнойным пиелонефритом ($2,78 \pm 0,22$ 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 $5,20 \pm 0,28$ и $1,98 \pm 0,30$ 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 - $12,5 \pm 0,38$ у.е.; гнойный пиелонефрит - $5,74 \pm 0,26$ у.е., $p < 0,05$). Индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 был у пациенток с гнойным пиелонефритом также достоверно снижен ($5,26 \pm 0,18$ у.е.) по сравнению со значениями у пациенток с серозным пиелонефритом ($8,74 \pm 0,22$ 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