

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

в среднем через 3,5 года после выявления ХГ неясной этиологии либо в рамках поиска его причины (7 больных), либо при случайном обследовании (4 больных). Среди 11 больных с моноинфекцией НУГ преобладали мужчины в возрасте до 40 лет, преобладающими факторами риска были стоматологические манипуляции (5 больных), оперативные вмешательства (3 человека), один больной употреблял в/в наркотики, у 2-х путь заражения неясен.

Среди жалоб отмечались боль в правом подреберье (81,1%), астеновегетативные (36,3%) и диспепсические (27,2%) расстройства, артралгии и геморрагические явления (18,8%); гепатомегалия, внепеченочные стигмы ХГ наблюдались у 83,3 и 54,5% больных соответственно. У половины больных активность процесса была минимальной, у 45,4% – умеренной и слабо выраженной – с незначительным холестазом ($23,1 \pm 2,5$ мкмоль/л по билирубину при отсутствии существенных изменений ЩФ и ГГТ) и цитолизом – $53,9 \pm 16,4$ у.е. по АЛТ.

При микст-инфекции преобладало сочетание НУГ с НСУ в репликативной фазе (16 из 18-ти больных), микст В+С+G отмечена у 1 больного, В+С+G+D – у 1-го. Поводом к обследованию на НУГ явился длительный цитолиз (7 больных), у остальных 11 больных РНК НУГ выявлена при плановом обследовании.

При микст-инфекции преобладала умеренная и слабо выраженная активность процесса (61,1%) и в 2,3 - 1,7 раз чаще отмечался холестаз и цитолиз соответственно, частота гепатомегалии, внепеченочных стигм не отличалась от группы с НУГ-моноинфекцией. Степень холестаза ($23,7 \pm 3,2$ мкмоль/л) была на уровне моноинфекции, степень цитолиза выше – $117,2 \pm 43,7$ у.е. по АЛТ ($p > 0,05$).

Таким образом, вариантами хронической НУГ-инфекции являются как моно-, так и микст-гепатит. Моноинфекция НУГ в сроки до 5 лет протекает как в активной, так и, преимущественно, в неактивной форме, не отличаясь от течения ХГ-С. При микст-инфекции преобладает сочетание НУГ с репликативной фазой НСУ. Наличие ХГ невыясненной этиологии и ХГ-С в фазе репликации требует обследования пациента на НУГ.

Эффективность применения бишофита с экстрактом пихты в местном лечении генерализованного пародонтита

Мухамеджанова Л.Р.*, Старцева Е.Ю.**

*Казанский государственный медицинский университет, **Поликлиника № 18, Казань

Поиск лекарственных средств, влияющих на состояние тканей пародонта при местном лечении генерализованного пародонтита (ГП), не теряет своей актуальности. Это продиктовано необходимостью быстрого заживления пародонтальной раны и стремлением добиться стойкой ремиссии ГП.

Известно, что у больных, страдающих язвенной болезнью желудка (ЯБЖ), ГП протекает особенно активно, сопровождается прогрессирующей деструкцией костной ткани пародонта и длительно сохраняю-

щимся отеком маргинальной и альвеолярной десны, десквамацией многослойного плоского ороговевающего эпителия.

Бишофит с экстрактом пихты обладает противовоспалительным действием, в основе которого лежит механизм солевой деконгестии тканей; экстракт пихты обладает антисептическим эффектом, легким раздражающим действием, тонизирует сосудистую стенку.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения бишофита с экстрактом пихты в местном лечении больных ГП.

Под наблюдением находились 24 пациента (10 мужчин и 14 женщин) в возрасте 19-49 лет с диагнозом ГП средней степени тяжести. Диагноз верифицирован методом радиовизиографической ортопантомографии. У всех больных выявлена ЯБЖ. Пациенты получили комплексное пародонтологическое лечение (общая патогенетическая терапия и местное хирургическое лечение). Больным 1 группы (12 чел.) рекомендовано полоскание раствором бишофита (в разведении 1:4) 4 раза в день в течение 3 недель. Больные 2 группы (12 чел.) бишофит не применяли. Об эффективности местного лечения бишофита судили по скорости исчезновения послеоперационного отека, вакуумной стойкости капилляров по Кулаженко, активности процессов десквамации эпителия по Ясиновскому.

Анализ полученных результатов показал, что у больных 1 группы отек уменьшался на 2 сутки, полностью исчезал на 3 сутки, в то время как у больных 2 группы на 3 и 4 сутки соответственно. Вакуумная стойкость капилляров у больных 1 группы возросла с $45,6 \pm 7,1$ сек до $68,4 \pm 8,3$ сек ($p < 0,05$), у больных 2 группы – с $43,2 \pm 6,9$ сек до $54,1$ сек ($p > 0,05$). Активность десквамативных процессов снижалась с $130,6 \pm 11,4$ кл/1мкл смыва до $83,8 \pm 7,5$ кл/1мкл смыва ($p < 0,05$) у больных 1 группы.

Изменение значений аналогичного показателя у пациентов 2 группы было недостоверным.

Бишофит хорошо переносился пациентами. 90% больных отмечают приятный цвет, вкус и запах препарата, 4% пациентов отмечали снижение вкусовой чувствительности языка, которое прошло самостоятельно после отмены препарата.

Таким образом, применение бишофита с экстрактом пихты ускоряет регенеративные процессы в тканях пародонта, что позволяет рекомендовать его к более широкому использованию в клинической пародонтологии. Для усиления эффекта считаем возможным сочетанное применение раствора бишофита и солевых зубных паст.

Состояние антиоксидантной системы крови у больных сальмонеллезом на примере каталазы эритроцитов

Нагоев Б.С., Маржохова М.Ю.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

К настоящему времени накопилось большое количество данных, позволяющих сделать вывод об активации процессов свободнорадикального окисления липидов у больных острыми кишечными инфек-