

рым на позднем этапе жизни наряду с изменениями сосудистой стенки нарушается баланс между про- и антикоагулянтами, а также компонентами фибринолитической системы крови, что, в целом, обуславливает склонность к тромбообразованию.

Общей особенностью для людей данной возрастной категории является формирование предтромботического сдвига, который идентифицируется по клиническим данным и результатам функционального и лабораторного обследования. В число наиболее значимых относятся маркерные гемореологические сдвиги, гиперактивации тромбоцитов, признаки эндотелиоза и системной воспалительной реакции, а также метаболические сдвиги и повышение уровня свидетель активации свертывания крови и фибринолиза.

В ходе исследования системы гемостаза у пожилых людей следует учитывать наличие свидетелей гемореологических нарушений. При полиглобулии наклонность к тромбозам, ишемиям и инфарктам органов, а также к развитию гангрено конечностей бывает, как правило, тем выше, чем более высок у больных уровень гемоглобина, число эритроцитов в крови и гематокритный показатель и чем более замедлена РОЭ, а также, чем выше у этих больных содержание тромбоцитов в крови. Особо важное значение имеет повышенная агрегационная способность тромбоцитов, определяемая по нарастанию в циркулирующей крови молекулярных маркеров активации этих клеток (фактора 4, β -тромбоглобулина и др.). Прямыми свидетелями поражения эндотелия являются повышение содержания в сыворотке крови большого эндотелина-1, фактора Виллебранда, тромбомодулина и признаки тромбинемии (уровень D-димера, комплекса тромбин-антитромбин III, растворимого фибрина и фибринопептида А). Особо следует подчеркнуть важность выявления и последовательного устранения у пожилых людей гипергомоцистеинемии. Последняя в выраженной форме встречается примерно у 60% больных с коронарной болезнью сердца, облитерирующими заболеваниями артерий конечностей и диабетом II типа, поскольку гомоцистеин является одним из наиболее важных факторов повреждения эндотелия и повышения тромбогенного риска.

Данные изменения, как показывают исследования, проведенные в нашем центре, приводят к тромбированию сосудов и тяжелым гемодинамическим нарушениям. В докладе рассматривается основной перечень методов лабораторной диагностики, документирующий эти сдвиги в системе гемостаза.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Приоритетные направления развития науки, технологий и техники», 22-29 октября 2005г., Хургада (Египет). Поступила в редакцию 13.09.2005г.

ТОЛЕРАНТНЫЙ УГЛЕВОДНЫЙ ТЕСТ У ДЕВУШЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Соколова Т.А.

*Красноярская государственная
медицинская академия,
Красноярск*

Довольно частыми хромосомными нарушениями у человека являются аномалии половых хромосом. Среди всех аномалий гоносом существенное значение имеет синдром Шерешевского-Тернера. Нарушения гормонального статуса при данном синдроме могут сопровождаться сопряженными изменениями в обмене веществ. Рассмотрение вопроса по данной проблеме достаточно важно. Нами было обследовано 35 девушек в возрасте 12 – 15 лет, которые имели мозаичные формы кариотипа с различным процентным содержанием клона клеток 45,X. Был использован тест с оральной нагрузкой 75, 0 граммов глюкозы. Выяснено, что глюкозная кривая имела вариации в зависимости от степени выраженности моносомии. Было установлено, что моносомия во всех случаях приводит к снижению толерантности к глюкозе. Нормальный тип кривой в большинстве случаев наблюдался у девушек с минимальными клиническими признаками синдрома и с малым клоном клеток 45,X. Уровень глюкозы натощак у всех обследованных девушек был в пределах допустимой нормы $4,38 \pm 0, 36$ ммоль/л. Таким образом, синдром Шерешевского-Тернера и все его формы грубо не изменяют углеводный обмен сыворотки крови, но могут иметь различные варианты толерантного теста.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Приоритетные направления развития науки, технологий и техники», 22-29 октября 2005г., Хургада (Египет). Поступила в редакцию 29.08.2005г.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РОСТА ЛЕГКИХ ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Спирина Г.А., Мухина Н.Н.

*Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург*

Особенности развития органов влияют на течение периода новорожденности и в значительной мере определяют состояние здоровья в последующем. Развитие легких на этапах пренатального онтогенеза – сложный и во многом недостаточно изученный процесс. На 87 плодах человека 13– 40 недель развития при неосложненном течении беременности определялись параметры грудной клетки, линейные размеры легких и их долей, длина и ширина ворот, масса плодов и легких.

Для характеристики темпов роста вычислялись абсолютная, относительная и удельная скорости роста линейных размеров грудной клетки, легких, их долей и ворот, установлены диапазон индивидуальной изменчивости длины горизонтальной щели правого легкого, коэффициент асимметрии легких, определялись коэффициенты корреляции между толщиной правого

легкого и длиной его горизонтальной щели, проводилась корреляция между линейными размерами легких и параметрами их ворот, между размерами тела плода и длиной легких. Оценивалась интенсивность роста линейных размеров легких, их ворот. Вычислена величина вурфа легких у плодов разного возраста, определен тип их роста. Для статистической обработки использован встроенный пакет анализа с применением описательной статистики. Оценка достоверности межгрупповых различий изучаемых признаков производилась с использованием критерия Стьюдента (t) при доверительной вероятности, равной 0,95.

Установлено, что рост легких относится к параболическому типу, формообразование следует принципу конформной симметрии (гармоничного соотношения размеров). Коэффициент асимметрии (отношение массы правого легкого к массе левого легкого) на протяжении внутриутробного периода развития является постоянной величиной, равной 1,2. Формирование горизонтальной щели правого легкого завершается к позднему плодному периоду. Наибольший диапазон индивидуальной изменчивости ее длины отмечен в 15-16 недель внутриутробного развития. На протяжении 13-40 недель габаритные размеры легких постоянно увеличиваются. Наибольшая интенсивность роста легких в длину отмечается на 17-20 и 28-32 неделях, в ширину – на 17-20 и 25-28 неделях развития. Для толщины легких максимальный прирост выявлен на 17-20 неделях пренатального онтогенеза. Снижение темпов роста линейных параметров легких отмечается на 21-24, 37-40 неделях развития и соответствует «критическим периодам» органогенеза. При ускоренном росте одного из линейных размеров другие параметры легкого изменяются с наименьшей скоростью, что обусловлено развитием рядом расположенных органов. В росте легких и грудной клетки имеет место синхронность в ранний и средний плодный периоды, в позднем плодном периоде выявлен асинхронный характер роста.

В росте долей правого и левого легких прослеживаются законы чередований и пропорций. На протяжении внутриутробного развития для долей легких периоды активного и замедленного роста чередуются. Если в легких любая доля увеличивается пропорционально больше обычных величин, другие доли пропорционально уменьшают свой рост. В целом на протяжении пренатального периода онтогенеза рост обоих легких равномерный и гармоничный за счет поочередного роста его долей.

Коррелятивные взаимоотношения между размерами легких и параметрами их ворот в первом и втором триместрах беременности имеют положительные сильные связи, которые к концу беременности принимают отрицательный характер. Взаимосвязи размеров легких и размеров плода на протяжении пренатального периода онтогенеза положительные и сильные.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Проблемы морфологии. Теоретические и клинические аспекты» 14-17 сентября 2005г. г. Астрахань. Поступила в редакцию 23.09.05г.

ИММУНОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ГИДРОЛАЗ И ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ В СЛЮНЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗАМИ

Сухарев А.Е., Вайчулис Ю.В., Беда Н.А., Москаленко Н.П., Мамаева С.А., Ермолаева Т.Н.
Астраханское региональное общественное учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП) «Грант»;
ГКБ № 4 и ГКРД № 2.
Астрахань

Диагностика гестозов представляет собой трудную задачу и основывается на комплексе результатов клинико-инструментальных и лабораторных исследований.

Ранее нами впервые обнаружено повышение уровня острофазовых белков у больных с воспалительными заболеваниями бронхо-легочной системы и появление щелочной фосфатазы в смешанной слюне при холециститах и панкреатитах (А.Е. Сухарев и соавт., 1993, 2005 г.г.). В доступной литературе нам не встретилось данных об иммунохимическом исследовании смешанной слюны у беременных женщин.

Цель исследования: разработка нового дополнительного лабораторного теста для диагностики гестозов.

Материал и методы: сравнительному иммунохимическому исследованию подвергли образцы смешанной слюны 30 практически здоровых женщин 18 – 30 лет (1 контроль), 64 женщины третьего триместра с неосложненной беременностью (2 контроль) и 90 женщин того же возраста и сроков беременности с гестозами 1-3 степени (47 - до и 43 - после лечения).

Методами энзимозлектрофореза и радиальной иммунодиффузии (РИД) в агаровом геле, с использованием соответствующих гистохимических красителей и моноспецифических кроличьих антисывороток, в исследуемых образцах определяли щелочную фосфатазу (ЩФ), суммарную эстеразу (СЭ), лактоферрин (ЛФ), продукты деградации фибриногена (ПДФ), С-реактивный протеин (СРП) и альфа-фетопротеин (АФП).

Полученные результаты

В слюне контрольных групп методом РИД определяется лишь лактоферрин в количестве до 0,6 мг% (предел чувствительности РИД) в 9,4 – 13,3% случаев. Другие острофазовые белки в слюне здоровых женщин репродуктивного возраста указанными методами не выявляются.

При гестозах отмечается повышение уровня ЛФ в слюне до 2,4 мг% в 54% случаев, а также – появление ЩФ, СЭ и ПДФ, соответственно, у 51,3%, 48,6% и 27,0 % обследованных женщин. После проведенного лечения частота обнаружения указанных маркеров достоверно снижается, соответственно, 34,9%, 7,0%, 39,5% и 11,6%. СРП и АФП не обнаружены во всех обследованных группах.

Как выяснилось, щелочная фосфатаза слюны больных панкреато-билиарной патологией и беременных с токсикозами устойчива к нагреванию до 60° С в течение 10 минут, но не образует линию преципитации с антисывороткой к плацентарной ЩФ.

Эти данные получены нами впервые. Появление неизвестной изоформы щелочной фосфатазы и сум-