

щите от протеолиза. Обострение ЯБДК сопровождается уменьшением количества фукозы в желудочной слизи, то есть, дисфункцией слизевого барьера. В то же время, адгезия *H. pylori* медирирована именно фукозиллированными рецепторами желудочного эпителия. Однако данных о характере изменений тканевой фукозы нет. Идеальным способом выявления углеводных детерминат может быть их специфичное и обратимое связывание лектинами.. Широкое применение этого класса белков как реагентов, лимитировано их токсичностью и трудоемкостью получения. С целью изучения перераспределения фукозосодержащих рецепторов антрального отдела желудка в норме и при дуоденальной язве, в настоящей работе впервые был использован фукозоспецифичный лектин азотфиксирующих бактерий *Azospirillum brasilense* Sp7. Результат сравнивался с растительным лектином бобовника анагириолити получали биопсийный материал для подготовки серии срезов к гистохимическому исследованию. Проводили люминесцентную микроскопию срезов, обработанных флуоресцентными производными лектинов, дающих жёлтое свечение в зелёном фильтре. Цифровое изображение обрабатывали с помощью программы MathCad. По отношению площади свечения метки к общей площади среза высчитывали коэффициент связывания лектина. Выявлено уменьшение связывания фукозоспецифичного лектина в образцах слизистой с обострением ЯБДК ( $31,8 \pm 1,6$ ) при наибольших значениях этого показателя в отсутствие патологии ( $64,1 \pm 2,2$ ) ( $p < 0,0001$ ). Это говорит об уменьшении фукозы в составе рецепторов желудочного эпителия при обострении ЯБДК, что в аспекте хеликобактериоза может носить защитный характер. В гистохимии предпочтение может быть отдано лектину азоспирилл, в силу его принадлежности к непатогенным бактериям, выраженной специфичности к фукозе и отсутствия токсичности.

#### НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФОСФОЛИПИДОВ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Солдатенкова М.А., Кузнецов В.И.  
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава  
Саратов, Россия

В Поволжском регионе сложился природный очаг геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС).

Болезнь протекает с острой почечной недостаточностью, связи с чем определенный научный интерес представляет изучение липидных компонентов мембран эритроцитов, изменения которых можно экстраполировать на состояние плазматических мембран организма в целом.

Обследовано 54 больных среднетяжелой и тяжелой формами ГЛПС. В остром периоде болезни отмечено наличие типовой реакции по изменению фосфолипидного спектра, с заменой легкоокисляемых фракций на трудноокисляемые. Достоверно отличия касались процентного содержания сфингомиелина и фосфатной кислоты у больных среднетяжелой формой ГЛПС. При тяжелой форме дополнительные изменения происходили в содержании лизофосфатидилхолина, фосфатидилхолина, фосфатидилсерина.

В периоде реконвалесценции показатели структурных липидов восстановились в течении 3-х месячного срока, однако при обследовании в более отдаленные сроки обнаружено достоверное изменение содержания фосфотидилэтаноламина эритроцитарных мембран, что свидетельствует об их функциональной нестабильности.

Полученные результаты должны учитываться при определении сроков расширения режима, восстановления работоспособности, длительности применения мембраностабилизирующих лекарственных средств.

#### СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОЙ КЕРАТОПАТИИ

Фаттахов Б.Т., Никитин Н.А.  
Уфимский НИИ глазных болезней  
Уфа, Россия

Буллезная кератопатия (БК), эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы – патологическое состояние роговицы, вызванное нарушением или повреждением её эндотелиального слоя вследствие перенесенного заболевания (задний герпес роговицы, кератоглобус и др.), либо хирургического вмешательства (экстра-, интра-капсулярная экстракция катаракты, факэмульсификация и др.). При этом значительно повышается проницаемость влаги передней камеры в передние слои стромы и эпителия с образованием булл, что сопровождается слезотечением и выраженным болевым синдромом.

Известны консервативные и хирургические способы лечения БК. Среди последних наибольшее распространение получила сквозная кератопластика. Однако в ряде случаев имеются противопоказания к выполнению данной операции, связанные с возрастом или тяжелым соматическим состоянием больного. В этих случаях прибегают к непроницающим оперативным вмешательствам, среди которых можно выделить введение собственной крови пациента с суспензией гидрокортизона в глубокие слои стромы роговицы с целью создания барьера для влаги передней камеры. Однако одним из недостатков данного способа является сложность визуального контроля глубины расслаивания роговицы, следствием чего в ряде случаев является низкая эффективность проведенной операции.