ям. Проведенное исследование показало, что у женщин с артериальной гипертонией и ожирением достаточно часто развиваются метаболические нарушения и инсулинорезистентность. Обнаружены прямые корреляционные связи между уровнем инсулина и степенью агрегационной активности, что указывает на появление у этих больных гиперкоагуляционной активности крови, активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Инсулинорезистентность и гипертлиглицеридемия в качестве независимых факторов способствуют повышению спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов, увеличивают вероятность повреждения эндотелия и диктуют необходимость помимо коррекции инсулинорезистентности , артериальной гипертонии назначения антиагрегантов для снижения риска тромбогенных осложнении .

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазов В.А., Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В. Синдром инсулинорезистентности (Артериальная гипертония, 1997.-т.3, № 1, с.7-17).

2. Ахметов А.С., Демидова Т.Ю., Целиковская А.Л. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания (тер.архив-2002, т. 73, №8, с. 66-69).

3. Агеева В.В., Красильникова Е.И., Зубина И.М. Взаимосвязь инсулинорезистентности и нарушений липидного обмена у больных с ожирением (тер.архив-2002, №1,с.36-39)

4. Волкова Н.И., Крыжановская И.О., Лебеденко К.Ю. Влияние терапии ожирения на основные показатели сердечно-сосудистого русла у женщин перименопаузального периода (Артериальная гипертония – 2002,т.8, №1,с.19-24).

5. Гинсбург М.М., Казупица Г.С., Сергеев О.В. Содержание инсулина и артериальное давление у женщин с ожирением (Проблемы эндокринологии – 1996, т.42, № 4, с.17-19).

6. Диденко В.А. Оценка состояния инсулинового обмена у больных артериальной гипертонией как метод ранней диагностики метаболического синдрома (Российский кардиологический журнал-1999, № 5, с.1-8).

7. Задиянченко В.С., Хрулева С.Б. Артериальная гипертония у больных с метаболическими нарушениями, медикаментозная коррекция плендилов (Актуальные проблемы артериальной гипертонии: материалы Всероссийской научно-практической конференции. М –1999, с. 57-59).

8. Мамедов М.Н., Перова В.Н., Метельская В.А. Компоненты метаболического синдрома у больных с артериальной гипертонией (Кардиология-1997, №10, с.37-41).

9. Моисеев В.С. Метаболические аспекты гипертонической болезни (тер.архив –1997, т.70, №8, с.75-77).

10. Despres I.P., Lemieux I., Thernof A. Fat distribution and metabolism (Diabetes Metab-2001. Vol. 27, №2-Pt. 2-P. 209-214).

11. Kannel W.B., Cuppels L.A., Ramasivami R..J. Clin. Epidemiol-1991-Vol. 44- № 2-P. 183-190.

12. Pelbez I.P. Insulin and blood pressure in the obesity (Diabetologia-1995-Vol. 37- P.1220-8).

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Михайлов И.В.
Государственный медицинский университет, Саратов

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

Нами обследовано 124 пациентки с гестационным серозным пиелонефритом, из них: у 70 больных заболевание на протяжении беременности отмечалось однократно, у 54 – имело рецидивирующее течение. Контрольную группу составили 38 первобеременных женщин с благоприятным акушерским анамнезом.

Фенотипирование лимфоцитов, выделенных из периферической гепаринизированной крови методом седиментации на градиенте фиколлверографина (плотность 1,077 г/мл) проводили непрямым методом иммунофлуоресцентного анализа. Иммуноглобулины класса A, M, G определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле. Показатели клеточного звена иммунитета изучали в реакции бласттрансформации лимфоцитов (РТБЛ) с неспецифическими митогенами ФГА и КонА (подсчет радиоактивности 3Н тимидина с активностью 17 Me Bg/mM проводили на бета-спектрометре жидким сцинтиляционным 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. Отмечено развитие вторичной иммунодепрессии с относительным снижением общей популяции лимфоцитов и субпопуляции CD4, при возрастании субпопуляции CD8, что сопровождается снижением индекса CD4/CD8 до 2,3 при развитии гестационного пиелонефрита и до 1,8 при рецидивирующем течении заболевания (у здоровых - 2,8). Отмечено достоверное возрастание IgM и IgA, при снижении уровня IgG.

Индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) у пациенток с гестационным пиелонефритом нарастал (4,76±0,22 у.е.), достоверно превосходя аналогичные данные у беременных с рецидивирующим течением заболевания (3,12±0,26 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 однократным развитием пиелонефрита во время беременности, чем у пациенток с рецидивирующим течением заболевания (соответственно 5,42±0,25 и 2,18±0,28 у.е., $p<0,05$). Достоверные различия в уровнях комитогенного эффекта,

позволяющего оценивать активность ИЛ-1, сохранялись и после добавления к клеткам митогена ФГА (однократное развитие гестационного пиелонефрита - 12,8±0,34 у.е.; рецидивирующий гестационный пиелонефрит - 6,25±0,32 у.е., $p<0,05$). Индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 у пациенток с рецидивирующим гестационным пиелонефритом был также достоверно снижен (5,46±0,23 у.е.) по сравнению со значениями у пациенток с однократным развитием заболевания во время беременности (9,08±0,25 у.е., $p<0,05$).

Таким образом, низкий уровень пролиферативной активности клеточных процессов у пациенток с гестационным пиелонефритом является фактором риска рецидивирующего течения заболевания.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ

Михалева Л.М.
Научно-исследовательский институт морфологии человека РАМН, Москва

Диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных органов является актуальной проблемой клинической медицины. Внедрение ультразвукового метода сделало его ведущим в оценке макроструктуры опухолей щитовидной железы и яичников и их кровоснабжения. Особое место занимает ранняя диагностика злокачественных опухолей щитовидной железы и яичников. Применение морфометрического метода с помощью анализатора изображения дает возможность более детально изучить изменение кровеносных сосудов в новообразованиях указанных органов. В ходе нашего исследования нами было показано, что все изученные доброкачественные и злокачественные опухоли щитовидной железы и яичников отличаются между собой как по пролиферативной активности, так и по кровоснабжению. Так, в доброкачественных опухолях выявляются хорошо дифференцированные кровеносные сосуды всех гистологических отделов микроциркуляторного русла, нередко со склерозом и гиалинозом стенок кровеносных сосудов артериального типа, что свидетельствует о дистрофических изменениях, связанных с давностью процесса. В злокачественных же опухолях кровеносные сосуды преимущественно примитивного незрелого вида с резко истонченной стенкой, в которой уменьшен или просто отсутствует слой гладкомышечных клеток. Морфометрия кровеносных сосудов показала, что объемная плотность сосудов в злокачественной опухоли в 1,1 раз ниже по сравнению с тканью щитовидной железы в норме и в 1,5 раза ниже по сравнению с зоной вне опухоли. При этом толщина стенки кровеносных сосудов в злокачественной опухоли щитовидной железы и яичников достоверно уже, а просвет достоверно шире, чем у кровеносных сосудов доброкачественных опухолей указанных органов. Описанное изменение кровеносных сосудов отмечается уже при начальных признаках малигнизации, а также в опухолях низкой злокачественности.

Таким образом, ультразвуковое исследование с применением цветового допплеровского картирования играет ведущую роль в ранней диагностике злокачественных опухолей щитовидной железы и яичников.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НАРКОМАНИИ И ТЕСТ-СИСТЕМЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И АНТИТЕЛ К НИМ

Мягкова М.А., Копоров Д.С., Морозова В.И, Паршин А.Н., Абраменко Т.В., Панченко О.Н.

В настоящее время в России, по данным МЗ РФ, около 7 миллионов человек в той или иной степени связаны с употреблением наркотиков. Существующее положение требует комплекса мер, направленных на решение этой проблемы. Одним из направлений является создание новых методов анализа для выявления лиц, злоупотребляющих наркотическими препаратами. Актуальной задачей медицинской диагностики является разработка высокочувствительных и специфичных методов анализа наркотических веществ в биологических жидкостях организма.

Установить факт злоупотребления наркотиками достаточно сложно, если человека не поймали во время процедуры его приема (инъекции, курение). Существует ряд особых клинических признаков, отмеченных в опыте наркологической практики, на основании которых человека можно отнести к категории наркоманов. Однако очень часто яркая клиническая картина проявляется лишь на поздних стадиях заболевания, когда стойкое пристрастие к наркотикам уже сформировалось, и человек нуждается в серьезном длительном лечении. Очень важно прекратить прием наркотиков как можно раньше, пока болезнь еще не приняла необратимый характер. Для выявления факта употребления наркотических препаратов на ранней стадии учеными разработаны иммунохимические методы диагностики, позволяющие обнаружить в организме человека их присутствие даже при полном выведении следовых количеств метаболитов наркотических веществ.

Хорошо известно, что наиболее широкое распространение в мировой практике для диагностики наркомании получили иммунохимические способы определения наркотических веществ. К ним относятся: гомогенный иммуноферментный, иммунофлуоресцентный, радиоиммунный анализы. В лаборатории иммунохимии ИФАВ РАН создана технология производства различных вариантов тест-систем для определения наиболее распространенных классов наркотиков: опиатов, каннабиноидов, барбитуратов, эфедрона и др., основанная на твердофазном иммуноферментном методе анализа (ИФА) [1,2,3,4]. Основной реагент – антитела к каждой из перечисленных групп веществ получали иммунизацией кроликов конъгированными антигенами, синтезированными методом смешанных ангидридов из модифицированного производного наркотического соединения, содержащего спейсер со свободной карбоксильной группой и белка