

снижало НСТ-ст. и повышало ИСН. ФРН по-прежнему не менялся.

Изучение цитокинового статуса показало повышение ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и снижение ИЛ-4. Традиционное лечение корригировало, но не нормализовало уровень ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-4, при этом, содержание ИЛ-6 стало ниже, чем в контрольной группе. Применение лазера позволило нормализовать концентрации ФНО α , ИЛ-6, максимально снизить, но не до уровня здоровых доноров ИЛ-1 β и повысить ИЛ-4.

Таким образом, выявленные нарушения свидетельствуют о выраженном воспалительном процессе в слизистой бронхов, что не только не усугубляет течения основного заболевания, но и может являться причиной присоединения вторичной инфекции. Применение лазера, в отличие от изолированной традиционной терапии, позволяет скорригировать большинство изученных показателей врожденного иммунитета и цитокинового статуса.

ВЛИЯНИЕ «ТИНРОСТИМА» НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Тарасов А.Е.

*Владивостокский государственный
медицинский университет,
Владивосток*

Под воздействием ожоговой травмы происходит активация процесса свободнорадикального перекисного окисления липидов (ПОЛ) в биологических мембранах и различных тканях поражаемого организма. Продукты ПОЛ повреждают мембраны клеток, что приводит к деструктивным изменениям тканей и нарушениям функции органов.

Изучение состояния ПОЛ и антиоксидантной системы (АОС) при ожоговой травме имеют важное значение для прогнозирования тяжести течения и исхода заболевания, а также подбора препаратов для патогенетически обоснованной терапии.

Целью настоящего исследования было изучение процессов ПОЛ и АОС на экспериментальной модели ожоговой болезни и оценка влияния иммуномодулятора «Тинростим» на эти процессы.

Исследования проведены на 60 мышах чистой линии СВА весом 18-25 гр. Под наркозом на заранее подготовленную кожу спины и боковые поверхности туловища контактным методом (t 100 $^{\circ}$ C, экспозиция 10 сек.) наносили ожог S 30%, IIIa-b степени. 10 мышей составили группу контроля. 25 мышам (группа сравнения) после нанесения ожога внутривентрально вводили 0,5 мл 0,9 % NaCl. Оставшимся 25 мышам (опытная группа) в том же объеме NaCl вводили «Тинростим» в дозе 0,1 мг/кг. Все мыши содержались в одинаковых условиях при свободном доступе к воде и пищи. Забор крови проводили на 1, 3, и 10 сутки после ожога. Содержание продуктов ПОЛ в плазме определяли по соотношению оптической плотности изопропанольного экстракта при длинах волн 232 и 220 нм по методу И.А. Волчегорского (1989). АОС

оценивали определяя супероксиддисмутазу (СОД) в эритроцитах по методу Е.В. Макаренко (1988).

Статистическую обработку материала проводили, используя методы вариационной статистики. Было установлено повышение значений ПОЛ в острый период ожоговой болезни как в группе сравнения, так и в опытной группе. Однако, в группе сравнения повышение было на 99,8 %, тогда как в опытной группе, где применялся «Тинростим» на 34,7 %. Изменения уровня СОД происходили волнообразно. В первые сутки наблюдалось снижение показателя: в группе сравнения на 56,4 %, тогда как в опытной группе активность СОД снижалась лишь на 12,4 %. На 3-е сутки показатель повышался в обеих группах: на 33 % и 56,4 % соответственно, от исходного. К 10-м суткам активность СОД снижалась в группе сравнения до 12,037 (на 55,2 % ниже исходного). В опытной группе уровень СОД также снижался, но к 10-м суткам остался выше исходного на 9,9 %.

Учитывая данные нашего исследования, можно сделать выводы о благоприятном влиянии иммуномодулятора «Тинростим» на поддержание высокого уровня активности СОД, и соответственно на снижение активности процессов ПОЛ при экспериментальной ожоговой болезни.

СОСТОЯНИЕ ПРОГРАММ АДАПТАЦИИ ПРИ НОРМАЛЬНО РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хадарцев А.А., Гусак Ю.К.,
Морозов В.Н., Краюхин А.В.

*Тульский государственный университет,
Тула*

При нормально протекающей беременности во время гестации плод развивает собственную иммунологическую компетентность, а материнский организм при помощи маточно-плацентарного комплекса усиливает влияние синтоксических программ адаптации (СПА). В 1 триместре это способствует нидации и нормальному развитию плода с иммунологической инертностью матери. «Ареактивность» матери во время беременности обеспечивается белками «зоны беременности» и фертильными факторами, поддерживающими СПА с 21 дня менструального цикла.

Было обследовано 120 здоровых женщин фертильного возраста (контроль на 21 день репродуктивного цикла) и беременные в 1, 2 и 3 триместрах беременности (всего 45 беременных женщин). Изучался психофизиологический статус, показатели антиоксидательного, обменного и противосвертывающего потенциалов крови, концентрация в крови адреналина, норадреналина, кортизола, тиреоидных гормонов и серотонина, иммунологический статус. Функциональная активность маточно-плацентарного комплекса оценивалась по содержанию в крови белков «зоны беременности» (ТБГ, ХГЧ) и фертильных факторов (АМГФ, ПАМГ-1) с последующим расчетом коэффициента активности фертильных факторов (КАФФ).

Тестирование по шкале Спилбергера и Тейлора показали низкую личностную тревожность. Колебания реактивной тревожности в зависимости от фазы

беременности (наиболее высокая реактивная тревожность наблюдается в третьем триместре беременности, составляя в среднем $38,0 \pm 1,42$ балла, а самая низкая в первом триместре беременности составляя в среднем $20,0 \pm 2,37$ балла. Средняя реактивная тревожность по Спилбергеру была у женщин во втором триместре беременности – $30,0 \pm 2,18$ балла ($p < 0,05$ с 21 днем цикла). Изменения в психофизиологическом статусе коррелировали с концентрацией биологически активных веществ и гормонов. Концентрация адреналина при беременности возрастала с $1,68 \pm 0,17$ нмоль/л (в первом триместре беременности) до $3,42 \pm 0,34$ нмоль/л (в третьем триместре беременности), концентрация норадреналина практически не изменялась. Концентрация серотонина (медиатора синтоксических реакций) снижалась с $1,17 \pm 0,10$ мкмоль/л в первом триместре до $0,52 \pm 0,11$ мкмоль/л в третьем триместре беременности. Увеличивалась активность коры надпочечников. Концентрация кортизола возрастала с $268,0 \pm 27,9$ нмоль/л в первом до $672,6 \pm 47,2$ нмоль/л в третьем триместре. Активность щитовидной железы снижалась, концентрация тироксина и трийодтиронина снижалась с $192,2 \pm 2,81$ нг/мл и $2,1 \pm 0,13$ нг/мл соответственно в первом до $150,0 \pm 2,31$ нг/мл и $1,5 \pm 0,06$ нг/мл в третьем триместре беременности.

Увеличение концентрации адреналина и норадреналина и снижение серотонина к третьему триместру беременности указывало на доминирование к концу беременности кататоксических программ адаптации.

При физиологической беременности происходит смена активности СПА, направленных на сохранение беременности, на активацию кататоксических программ адаптации в 3 триместре, обеспечивающих родовую деятельность. Однако, по данным КАФФ синтоксическая активность сохраняется в течение всего срока беременности. Торможение иммунитета в первом триместре сменяется на его активацию, также способствующую активной родовой деятельности.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЁГКИХ

Хафизов А.Б.

Кабардино-Балкарский

государственный университет,

Нальчик

Актуальность изучения функционально - метаболической активности лейкоцитов, являющийся важнейшим фактором неспецифической резистентности организма в динамике заболевания туберкулёзом лёгких не вызывает сомнений. Целью настоящего исследования было выявление некоторых факторов неспецифической резистентности организма у больных туберкулёзом лёгких с различными клиническими формами заболевания.

Под наблюдением находилось 114 больных (86 мужчин и 24 женщин) в возрасте от 18 до 70 лет. Диагноз установили на основании комплекса клинико-

лабораторных и рентгенологических исследований. В числе обследованных очаговый туберкулёз выставлен у 23 больных, инфильтративный – у 42, диссеминированный – у 26, фиброзно-кавернозный – у 23. Для оценки состояния неспецифической резистентности организма определяли в лейкоцитах активность килослой фосфатазы по Goldberg и Barka (1962), миелопероксидазы по Sato (1928), содержание катионного белка по М.Г. Шубичу (1974) и гликогена по Sato (1928). Изучение фагоцитарной активности НСТ-теста по Stuart с соавт. (1975) в модификации Б.С. Нагоева (1983).

В результате проведенных исследований у больных туберкулёзом лёгких различных клинических форм отмечено достоверное возрастание активности килослой фосфатазы с максимальным значением на высоте активности процесса, при наличии деструкции, сопутствующей патологии и двустороннем распространении. В противоположность этим данным у тех же больных туберкулёзом лёгких наблюдалось значительное и существенное угнетение активности миелопероксидазы, содержания гликогена и катионного белка. При этом максимально выраженные сдвиги интралейкоцитарных компонентов микробицидной системы наблюдались при диссеминированном и фиброзно-кавернозном туберкулёзе лёгких. В процессе специфической антибактериальной терапии параллельно улучшению клинико-рентгенологических показателей, происходили существенные сдвиги внутриклеточных компонентов нейтрофилов в сторону их нормализации. При очаговой, инфильтративной и диссеминированной формах туберкулёза лёгких в фазу рассасывания и уплотнения, исследуемые показатели достигали нормального уровня. При сохранении процессов деструкции в лёгких (инфильтративный и диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе распада, фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких), полной ремиссии и нормализации интралейкоцитарных компонентов не происходило, что свидетельствовало о незавершённости патологического процесса в лёгких.

При исследовании НСТ-теста у больных с различными клиническими формами туберкулёза лёгких отмечено, что в стадии активного процесса тетразолиевая активность достоверно повышается. При этом максимальные значения отмечены у больных с фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких, а так же диссеминированным и инфильтративным туберкулёзом лёгких в фазе распада. В процессе специфической терапии у большинства больных происходило заметное снижение активности НСТ-теста. Однако оставалась небольшая группа больных, в основном с фиброзно-кавернозной формой, у которых в стадии ремиссии были отмечены небольшие увеличения показателей тетразолиевого теста, превышающих уровень здоровых в 1,5-2 раза.

Проведенные исследования показывают показатели неспецифических факторов защиты организма, в определённой степени, зависящие от клинических форм и стадии туберкулёзного процесса.