беременности (наиболее высокая реактивная тревожность наблюдается в третьем триместре беременности, составляя в среднем 38,0±1,42 балла, а самая низкая в первом триместре беременности составляя в среднем 20,0±2,37 балла. Средняя реактивная тревожность по Спилбергеру была у женщин во втором триместре беременности – 30,0±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±0,17 нмоль/л (в первом триместре беременности) до 3,42±0,34 нмоль/л (в третьем триместре беременности), концентрация норадреналина практически не изменялась. Концентрация серотонина (медиатора синтоксических реакций) снижалась с 1,17±0,10 мкмоль/л в первом триместре до 0,52±0,11 мкмоль/л в третьем триместре беременности. Увеличивалась активность коры надпочечников. Концентрация кортизола возрастала с 268,0±27,9 нмоль/л в первом до 672,6±47,2 нмоль/л в третьем триместре. Активность щитовидной железы снижалась, концентрация тироксина и трийодтиронина снижалась с 192,2±2,81 нг/мл и 2,1±0,13 нг/мл соответственно в первом до 150,0±2,31 нг/мл и 1,5±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 резистентости организма в динамике заболевания туберкулёзом лёгких не вызывает сомнений. Целью настоящего исследования было выявление некоторых факторов неспецифической резистентости 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 резистентости организма определяли в лейкоцитах активность кислой 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 кислой 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 показателей неспецифических факторов защиты организма, в определённой степени, зависящие от клинических форм и стадии туберкулёзного процесса.