

ют особенности институциональной структуры системы здравоохранения и роль врача-офтальмолога, как основного агента коммуникации в отношениях этой системы [1]. Несоввершенство практики здравоохранения связаны с экономической несостоятельностью, затрудняющей проведение хирургической коррекции офтальмологических заболеваний в требуемых объемах и в необходимые сроки, а также с недостатками в постдипломном образовании офтальмологов. Важную роль играют также чрезмерная нагрузка врачей первичного поликлинического звена, и недостаток квалификации у врачей некоторых частных структур, оказывающих офтальмологические услуги (Исакова И.А.; 2010). В современных исследованиях в рассматриваемом проблемном поле акцентируется необходимость более широкого внедрения современных методов хирургического лечения глазных заболеваний за счет неинвазивных методов, позволяющих снизить побочные последствия лечения, и способствующие более короткому периоду реабилитации. Таким образом, проблема инвалидизации по зрению должна рассматриваться не только в контексте разработки инновационных медицинских технологий, а требует реализации социально-экономическим механизмов, направленных на модернизацию институциональной структуры системы здравоохранения в целом, и оптимизацию компетенции врача-офтальмолога и пациента, в частности.

Список литературы

1. Доника А.Д. Этические аспекты диагностики социально значимых заболеваний / А.Д. Доника, О.Н. Скотенко, Р.Н. Морозов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2010. – № 9. – С. 46-47.

ВЛИЯНИЕ СУБКЛАССОВ ИММУНОГЛОБУЛИНА G НА РАЗВИТИЕ АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

¹Махнева Н.В., ²Давиденко Е.Б., ²Белецкая Л.В.

¹ГУ «Московский научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»;
²ФГУ «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова», Москва,
e-mail: makhneva@mail.ru

Пузырчатка относится к группе опасных для жизни аутоиммунных буллезных дерматозов, основным механизмом развития которых является потеря связи (адгезии) между кератиноцитами (акантолиз) с последующим образованием внутриэпидермальных пузырей. Разрыв связей между клетками эпидермиса возникает в результате воздействия аутоантител, специфичных к антигенам межклеточной субстанции (белки десмосомального аппарата, молекулы адгезии) многослойного плоского эпителия (кожа, слизистая оболочка полости рта, пищевод и другие органы). Антитела обладают высокой тканевой специфичностью и относятся к иммуноглобулину класса G. Многочисленные исследова-

ния продемонстрировали, что фиксированные и циркулирующие аутоантитела при данной патологии принадлежат преимущественно иммуноглобулинам субклассов G1 и G4. Однако значение аутоантител различных изотипов иммуноглобулина класса G в развитии акантолитических пузырей при пузырчатке остается предметом дискуссий.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных, страдающих аутоиммунной пузырчаткой в стадии активного патологического процесса (15 больных с впервые выявленной пузырчаткой, 5 – в стадии обострения болезни) в возрасте от 25 до 84 лет (средний возраст 61 год). Диагноз каждого пациента подтвержден иммуногистохимическим методом. Выявлена фиксация иммуноглобулина (Ig) класса G в межклеточной склеивающей субстанции эпидермиса, т.е. в месте локализации антигенов-мишеней. В дальнейшем криостатные срезы клинически интактных участков кожи этих больных были исследованы прямым методом иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител к IgG1, IgG2, IgG3 и IgG4 человека (SIGMA-ALDRICH, USA). У всех больных с впервые выявленной аутоиммунной пузырчаткой в межклеточной субстанции эпидермиса обнаружены IgG1 и IgG4. При этом наиболее выраженная иммуногистохимическая реакция отмечена с IgG4. Вероятно, IgG1 и IgG4 имеют сходные эпитопы, специфичные с точки зрения патогенности. Известно, что аутоантитела определенной эпитопной специфичности способны реагировать с разными макромолекулами как с родственными, так и с иными, но имеющими тот же эпитоп.

У всех больных с обострением болезни на поддерживающей дозе преднизолона в межклеточных пространствах выявлен только IgG4. Лишь в одном случае наблюдали одновременно фиксацию IgG1. В последнем случае у пациентки с момента начала болезни в течение года не была достигнута клиническая ремиссия. Вероятно, это связано с первоначально неадекватно назначенной дозой преднизолона, что привело к отсутствию переключения синтеза одного субкласса иммуноглобулина на другой.

Фиксация IgG2 в месте локализации антигенов-мишеней была отмечена только у 3 больных с впервые выявленной пузырчаткой. Иммуногистохимической реакции с IgG3 не выявлено ни в одном из исследуемых случаев.

Таким образом, при активном патологическом процессе IgG4 аутоантитела являются основным патогенетическим субклассом, участвующим в возникновении и обострении пузырчатки независимо от клинических форм ее проявления, возраста и длительности заболевания. При этом у больных с впервые выявленной пузырчаткой одновременно патогенетическую роль играет и IgG1. Наличие IgG1/IgG4 аутоантител у больных с впервые выявленной пузыр-

чаткой, и наличие при обострении заболевания только IgG4 свидетельствует о переключении синтеза субклассов, которому, возможно, способствуют как генетические, так и экологические факторы. Факт выявления IgG1 на ранних этапах развития клинических проявлений, а IgG4 на протяжении всего периода болезни требует дальнейшего изучения и научного объяснения. Безусловно, выяснение влияния субклассов иммуноглобулина G с учетом их функциональных свойств на развитие и течение аутоиммунной пузырчатки будет способствовать не только пониманию механизма развития данного буллезного дерматоза, но и разработке более совершенных терапевтических методов.

АПОПТОЗ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ

Нурмагомаева З.С., Магомедова З.С.,
Нурмагомаев М.С.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, e-mail: medservicelab@mail.ru

В проведении сигнала апоптоза от рецепторов фактора некроза опухолей на плазматической мембране далее к ядру клетки принимает участие церамид.

Церамид представляет собой сфинголипид, который может быть синтезирован в клетке *de novo* или образоваться в результате распада сфингомиелина плазматической мембраны в результате активации сфингомиелинового цикла. Известно, что оба пула церамида принимают участие в TNF-зависимом апоптозе.

Мы проанализировали действие церамида на нефракционированные клетки печени в плане возможной индукции апоптоза. В работе использовали C2-церамид, способный проникать через плазматическую мембрану клеток. Данные получены на клетках биоптатов печени больных.

Мы использовали логарифмическое повышение дозы церамида при культивировании клеток печени. Исходя из полученных результатов можно сделать вывод об имеющейся дозозависимой стимуляции апоптоза под действием C2-церамида. При этом не было обнаружено дозозависимого действия на индукцию некроза. Только крайне высокие дозы C2-церамида вызвали гибель клеток путем некроза.

Известно, что повышение концентрации внутриклеточного церамида обуславливают изменение проницаемости мембран митохондрий.

РЕФОРМЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ

Сухарев А.Е., Булах Н.А., Ермолаева Т.Н.,
Гражданцева Н.Н.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: anbeda@mail.ru

Социально-экономические реформы, изменяющие качество жизни населения, сопровождаются

социально-психологическими стрессами и могут влиять на состояние здоровья и поведение людей.

Цель работы – исследовать динамику основных показателей рождаемости, смертности, заболеваемости и психосоматических нарушений 1-миллионного населения в Астраханской области, как модели полиэтнического региона РФ в периоды до- и после реформ (соответственно, 1976–1990 гг. и с 1991 г. по настоящее время).

Результаты

Рождаемость в 1976–1985 гг. составила 16,3–17,1 человек на 1000 населения, в 90-е годы снизилась до 9,7 и стала вновь повышаться с 2003 (12,2). В соответствующие периоды смертность населения с 9,9 возросла до 15,5, что привело к замене положительного коэффициента (6,5) прироста населения до реформ на отрицательный: –6,0 к 2000 г. К настоящему времени коэффициент –3,0.

Всего болезней на 1000 населения до реформ зарегистрировано 656,2–724,2, в 90-е годы – 1200 – 2000 и к 2007 г. – 1193,7. На первых местах – заболевания органов дыхания, пищеварения, кожи, мочеполовой, сердечно-сосудистой и нервной систем. Заболеваемость злокачественными новообразованиями выросла с 243,1 человек на 100000 населения в 1976 г. до 343,3 – в 2007 г. Первые места также занимают органы, контактирующие с канцерогенными факторами внешней среды: кожа, пищеварительная, дыхательная, мочеполовая системы.

С началом реформ отмечается рост количества зарегистрированных случаев хронического алкоголизма с 647,5 на 100000 населения в 1976 г. до 1796,7 – в конце 90-х гг. и 1619,8 – к 2007 г. Та же динамика характерна для показателей наркомании. В десятки раз возросло число выявленных заболеваний, передающихся половым путем (сифилис с 27,5 до 347,8, гонорея с 101,8 до 180,4 на 100000 населения, и другие), пик которых приходится на 90-е гг. Лишь с 2004 г. намечилось снижение числа зарегистрированных случаев венерических заболеваний.

Сердечно-сосудистые и нервно-психические расстройства, алкогольные психозы, наркомания, кожно-венерические болезни в городе регистрируются в 2–3 раза чаще, по сравнению с селом. При этом среди сельских жителей в 2 раза чаще регистрируется хронический алкоголизм. Эти различия, вероятно, обусловлены экологическими и стрессовыми издержками урбанизации, а также миграционными процессами и большим удельным весом людей с морбидным риском и девиантным поведением в городе.

Исследования состояния здоровья практически здоровых людей трудоспособного возраста разных социальных групп (1390 женщин