

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 С2-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 С2-церамида. При этом не было обнаружено дозозависимого действия на индукцию некроза. Только крайне высокие дозы С2-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 полиэтничного 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