

ЭФФЕКТ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ КИСЛЫХ ГАГ НА Т-КЛЕТОЧНОЕ ЗВЕНО ИММУНИТЕТА ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Е.О. Шамшурина, Т.Б.Третьякова, Б.Г. Юшков

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава.

Введение. Регуляция функциональной активности системы крови как в норме, так и при действии на организм экстремальных факторов остаётся одной из актуальных проблем современной гематологии. Это связано с широким распространением гематотропных влияний на организм, ростом числа гематологических заболеваний, вовлечением системы гемопоза во многие патологические процессы, протекающие в организме. На сегодняшний день в ряде практических исследований, выполненных на кафедрах УГМА, показана роль некоторых фракций гликозаминогликанов в регуляции гемопоза как в норме, так и при экстремальных воздействиях на организм, при которых содержание этих веществ в кроветворной ткани заметно меняется.

Наиболее распространёнными фракциями кислых гликозаминогликанов являются хондроитинсульфаты А и В, присутствующие как на клеточных мембранах в составе гликокаликса стромальных клеток кроветворных органов, так и в экстрацеллюлярном матриксе. Они способны, накапливаясь на мембранах клеток, оказывать влияние на клеточные взаимодействия, вызывая стимуляцию ростков кроветворения, особенно лимфоидного.

Материалы и методы. Для оценки иммуномодулирующего эффекта кислых ГАГ нами была проведена серия экспериментов по изучению влияния данных препаратов на Т-клеточное звено иммунитета в норме и при иммунодефицитных состояниях.

В качестве объекта исследования использовалась периферическая кровь пациентов, больных хроническим рецидивирующим кандидозом (иммунодефицит Т-звена) и кровь пациентов с рецидивирующим герпесом (без иммунодефицита Т-звена). Препараты хондроитинсульфатов А и В использовали в разведении 1:20, как оптимальном для рецепторного аппарата лимфоидных клеток. Лимфоциты в течение 40 минут инкубировались с препаратами при $t^{\circ} 37^{\circ}\text{C}$, затем ставилась реакция розеткообразования с эритроцитами барана по общепринятой методике. Результаты выражали в процентах.

Результаты исследования. У больных с хроническим рецидивирующим кандидозом количество Т-лимфоцитов значительно снижено ($28.5 \pm 0.2\%$), тогда как у пациентов с рецидивирующим герпесом количество Т-клеток соответствовало физиологической норме с учётом функциональных отклонений регуляторного звена ($55 \pm 0.32\%$).

После инкубации лимфоцитов пациентов первой группы (с иммунодефицитом) с препаратами хондроитинсульфатов А и В наблюдалось значительное увеличение розеткообразующих клеток – $56,6 \pm 0,5\%$ после инкубации с хондроитинсульфатом А и $66,8 \pm 0,4\%$ после инкубации лимфоцитов с препаратом хондроитинсульфата В соответственно, $p \geq 0,05$.

У пациентов второй группы (рецидивирующий герпес) данные препараты не вызвали достоверного увеличения доли Т-лимфоцитов в крови ($54,9 \pm 0,4\%$ при инкубации с препаратом хондроитинсульфата А и $60,9 \pm 0,2\%$ после инкубации с хондроитинсульфатом В соответственно при исходном значении $55 \pm 0,32\%$, $p \geq 0,05$).

Анализ эффективности применения различных фракций кислых гликозаминогликанов, в частности, хондроитинсульфатов А и В у пациентов с иммунологической недостаточностью Т-звена (хронический рецидивирующий кандидоз) и без иммунологической недостаточности Т-звена (рецидивирующий герпес), даёт основание заключить, что при количественном дефиците Т-лимфоцитов в русле крови данные фракции гликозаминогликанов проявляют себя как стимуляторы рецепторной активности иммунокомпетентных клеток. Это может иметь значение для практической медицины в плане фармакологических подходов использования препаратов ГАГ для коррекции иммунодефицитных состояний.

ПОСТИНЪЕКЦИОННАЯ АГРЕССИВНОСТЬ РАСТВОРОВ ГЕПАРИНА

В.И. Шахов

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава»

Инъекции качественных растворов гепарина различных производителей запрещено производить в скелетные мышцы из-за высокой вероятности образования постинъекционных гематом. Поэтому в настоящее время инъекции растворов гепарина производятся под кожу плеча, бедра и живота. Однако и такая локализация инъекций не гарантирует отсутствие постинъекционных осложнений. Наиболее вероятным является формирование на протяжении суток после инъекции кровавого инфильтрата подкожно-жировой клетчатки и кожи округлой формы, проявляющегося гиперемией, гипертермией и болезненностью. Инфильтраты сохраняются не менее недели.

Как показывают результаты проведенных нами предварительных исследований постинъекционная агрессивность указанных групп препаратов может быть обусловлена как специфической их фармакологической активностью, так и неспецифическими физико-химическими факторами их взаимодействия с подкожно-жировой клетчаткой. Были проведены