

шала таковую в контрольной группе ( $p < 0.05$ ). Эта разница была обусловлена более выраженным увеличением зон склероза почечной ткани у пациентов с АФС вследствие сосудистых нарушений – ТМ.

Таким образом, ТМ – специфичный признак поражения почек при АФС. Развитие ТМ не зависит от характера и распространенности воспалительного процесса в клубочках почек. Наличие ТМ ведет к расширению зон склероза почечной ткани и уменьшению функционально-значимых структур почки (клубочков и канальцев). Следствием структурных нарушений почечной ткани при АФС является развитие острой или хронической почечной недостаточности и артериальной гипертонии.

**Л.А. Каминская, М.В. Горюнова, Н.В. Долгополова,  
И.Ф. Гетте, И.Г. Данилова**

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*Кафедра биоорганической и биологической химии*

В литературе постоянно появляются публикации об изменениях биохимических показателей в различных биологических жидкостях при стоматологических заболеваниях. Цель нашей работы – обобщить имеющиеся в доступной литературе данные и выделить ряд методов, наиболее простых в исполнении и информативных, применимых в качестве прогностических тестов при заболеваниях полости рта.

Направления в исследовании биохимических показателей у пациентов с кариесом можно разделить на следующие группы.

1. Изучение скорости слюноотделения у здоровых и страдающих множественным кариесом людей.
2. Определение активности ферментов смешанной слюны (амилаза, кислая и щелочная фосфатаза и другие).
3. Измерение интенсивности поглощения кислорода смешанной слюной.
4. Определение содержания «сахара», пировиноградной и молочной кислот.

5. Изучение минерализующей функции и растворяющей способности смешанной слюны и её компонентов у пациентов без кариеса и с множественным кариесом зубов.

6. Определение концентрации в слюне и выделения с ней биогенных аминов, электролитов и общего белка при разной интенсивности кариеса.

7. Выявление изменений структурных свойств слюны при изменении pH.

8. Изучение свойств слюны как коллоидного раствора (мицеллярное строение).

Показатели, отражающие воспалительные и дистрофические процессы в пародонте, можно разделить на следующие группы,

1. Определение содержания продуктов перекисного окисления липидов, антиокислительной активности и активности фосфолипазы A2 в смешанной слюне и крови.

2. Состав иммуноглобулинов смешанной слюны.

3. Ингибиторы протеаз смешанной слюны.

4. Коллагенолитическая активность смешанной слюны.

5. Содержание оксипролина в крови и выделение его с мочой у больных с пародонтозом.

6. Клиническое состояние пародонта и цитохимические показатели активности лейкоцитов в периферической крови.

7. Изоферментный спектр лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и малатдегидрогеназы (МДГ) десневой жидкости при пародонтите различной тяжести.

8. Определение скорости саливации.

9. Содержание белка и pH слюны у здоровых лиц и при пародонтозе.

Основанием выбранных нами из вышеперечисленного перечня методик является надёжность их как диагностических показателей и доступность выполнения.

Комплекс биохимических исследований смешанной слюны в связи с диагностикой кариеса:

1) скорость саливации,

- 2) pH и минерализующая функция смешанной слюны,
- 3) порог коагуляции смешанной слюны,
- 4) буферная ёмкость смешанной слюны.

Комплекс биохимических исследований биологических жидкостей в связи с диагностикой заболеваний пародонта:

- 1) активность фосфолипазы A2 в смешанной слюне и крови,
- 2) коллагенолитическая активность крови,
- 3) изоферментный спектр ЛДГ и МДГ десневой жидкости,
- 4) ферментативная активность лейкоцитов в периферической крови,
- 5) состав иммуноглобулинов в смешанной слюне.

Прослеживается зависимость между величинами данных показателей и степенью тяжести пародонтита.

Данные биохимические методы могут быть использованы в клинической практике для диагностики, прогнозирования и контроля эффективности лечения.

**Н.Н. Корякова, И.Е. Валамина, Э.В. Усачёв**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ**

*Кафедра терапии ФПК и ПП,  
Морфологический отдел ЦНИЛ*

Известно, что артериальная гипертония (АГ) является одним из ведущих факторов прогрессирования болезней почек. Однако, вопрос о морфологических предикторах развития АГ у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) в настоящее время не достаточно изучен.

Целью нашего исследования явилась оценка морфологических факторов, обуславливающих развитие АГ у больных ХГН.

Проведено клинико-морфологическое обследование 50 больных ХГН. Всем больным проведена нефробиопсия. Проводилась световая микроскопия нефробиоптата, оценивалось состояние клубочкового, канальцевого аппарата, интерстициальной ткани и состояние сосудистых струк-