Как правило, тройничный узел смещен одновременно вниз и вперед, или вверх и назад.

На 90 из 114 брахицефалических черепов (79%) наблюдается малая длина корешка тройничного узла, а на 76 препаратах такой формы черепа (67% наблюдений) констатировано большое расстояние от узла до овального отверстия.

С другой стороны, большая длина корешка отмечена на 26 препаратах, в том числе на 17 долихоцефалических, а малое расстояние от узла до овального отверстия установлено на 19 из 34 препаратов такой формы. Поэтому размещение тройничного узла в типичном задневерхнем положении, зарегистрированное на 57 объектах, в 49 случаях имеет место на препаратах с брахицефалической формой головы, тогда как типичное передненижнее положение, отмеченное в 19 случаях, соответствует долихоцефалической форме головы на 16 препаратах.

Несколько большее соответствие выявляется при сопоставлении положения тройничного узла с формой предаурикулярной части основания черепа. Из указанных выше 57 узлов с задневерхним положением 52 принадлежали трупам с брахибазилярной формой головы, а из 19 узлов, занимавших выраженное передненижнее положение, 17 принадлежали трупам с долихобазилярной формой головы.

Половые и возрастные различия в положении тройничного узла выражены слабо и статистически не достоверны. Так, верхнезаднее положение узла фиксируется у мужчин на 33 препаратах (22,92%), у женщин – на 24 объектах (25% наблюдений), а передненижнее – соответственно на 11 и 8 препаратах (7,6% и 8,3% наблюдений).

В топографии тройничного узла наблюдается выраженная асимметрия: справа тройничный узел чаще, чем слева встречается в передненижнем положении соответственно 12 и 7 наблюдений, а слева – чаще отмечается задневерхнее положение узла, соответственно 38 и 19 препаратов.

ПОЛИМИОРФИЗМ HLA: A, B, DRB1, DQA1, DQB1 В ПОПУЛЯЦИЯХ РУССКИХ И БАШКИР ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Суслова Т.А., *Янина С.И., Бурмистрова А.Л., **Девальд И.В., Шмунк И.В., *Кузина М.В., *Завьялова Т.М., *Суздалева С.Л.,., Шамшурина Е.Б., Вавилов М.Н., Димчева О. Н., Савина А. Ю.

*Челябинский государственный университет, научно-учебная лаборатория молекулярной иммуногенетики УрО РАН, *ОГУП «Челябинская областная станция переливания крови», **Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск*

Актуальность нашего исследования связана с необходимостью накопления информации в сфере популяционного анализа HLA в различных этнических группах страны, и в использовании полученных данных для изучения генетики HLA- ассоциированных заболеваний, создания Регистра потенциальных доноров, а также для антропологических исследований.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось проведение иммуногенетического анализа популяционных особенностей русской этнической группы проживающей в Челябинской области, и сравнение этих иммуногенетических показателей с аналогичными в этнической группе башкир, проживающих на той же территории.

Определение фенотипа HLA проводилось у 2132 русских (типировано по 1 классу HLA 2132 человек и по HLA -II 113) и 78 башкир (по I классу типировано 78, по II классу 50 человек). Этническая принадлежность обследуемых лиц определялась по официальным документам и данным генеалогического анамнеза.

Антигенную принадлежность по HLA-A,B проводили в стандартном лимфоцитотоксическом тесте, (NIH) с использованием стандартов Санкт-Петербургского НИИ ГПК.

Определение HLA–Dr,DqA,DqB проводилось методом аллель специфической амплификации с сиквенс–специфическими праймерами. "ДНК – технология", Россия.

Статистическая обработка данных проводилась согласно общепринятым методикам.

Результаты проведенного иммуногенетического анализа свидетельствуют о том, что в обеих изучаемых популяциях встречаются с различной частотой все изучаемые антигены локусов HLA A, B, Dr, DQA, DQB. У русских Южного Урала частоты антигенов и гаплотипов HLA в целом соответствуют таковому в других европейских популяциях. Отмечены лишь незначительные увеличения частоты встречаемости антигенов B13, 35, гаплотипов A2-B13, B13-Dr 7.

Этническая группа башкир Челябинской области имеет общие черты с популяциями как европеоидной, так и монголоидной рас. В изучаемой группе башкир с той или иной частотой определены все аллели локусов: HLA – A, B, DR, DQA и DQB. С одной стороны, у башкир определены достаточно высокие частоты антигенов A2, A9, A10, B7, DR1, DR4, DR13, DR15, DR16, DQA*0101, DQA *0102, DQA*0103, DQA*0301, DQA*0401, DQB*0602/8, DQB*0301, DQB*0201, DQB*0501. Это основные антигены, широко представленные практически во всех изученных европеоидных популяциях. Также представлены широко (более 2%) гаплотипы A1- B17, A2- B12, A2 – B15, A3- B7, A10 – B16, B8-DR17, DR4-DQA301, DR7-DQA201, DR15-DQA102, DR17-DQA501, DR11-DQA501, являющиеся по данным литературы европеоидными.

Частоты наиболее характерных для «европеоидов» гаплотипов A1-B8 и A3-B7 в русской этнической группе равны (0,0445; 0,0908), у башкир Челябинской области эти показатели хотя и снижены, но остаются на достаточно высоких цифрах (0,0188; 0,0201) соответственно, - что показывает большое влияние кавказоидных популяций на формирование башкирской этнической группы.

С другой стороны, отмечается высокая превалирующая в этнической группе башкир частота (достоверно повышенная по сравнению с русскими Челябинской области) антигенов B13, B40, DR7, DR13, DQA 201. Кроме того, достоверно чаще встречаются

антигены Dr12 и DR9, представленные в европейских популяциях с частотой не более 3-5%, но являющиеся характерными для популяций, имеющих монголоидное происхождение Также у башкир Челябинской области с высокой частотой отмечены гаплотипы, почти не представленные у европеоидов A2-B13, B13-DR7, B40-DR12, DR7- DQA201, DR12 –DQA601, DR13-DQB602/8.

Максимальная сцепленость в популяции башкир Челябинской области отмечена для пар антигенов: A2-B13, B13-DR7, DR7-DQA201 и DR7- DQB201. Можно предположить, что наиболее характерным и максимально распространённым в группе башкир, является расширенный гаплотип A2-B13-DR7-DQA*201-DQB*201. Кроме того, установлена распространенность таких гаплотипов как A2- B5, A2 – B40, A2 – B13, A11 – B5, A11 –B40, B5 – DR13, B7 –DR13, B13 –DR7, B40- DR4, B40 – DR12, DR9-DQA301, DR13-DQA103 - более «монголоидных», чем «европеоидных».

Таким образом, в результате исследований, установлены основные показатели распространения генов, антигенов, гаплотипов HLA в этнических группах русских и башкир, проживающих в Челябинской области.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Г. АСТРАХАНИ ЗА 20 ЛЕТ

Сухарев А.Е., Вайчулис Ю.В., Беда Н.А., Москаленко Н.П., Мамаева С.А., Ермолаева Т.Н.
Астраханское региональное общественное учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП) «Грант»; ГКБ № 4 и ГКРД № 2 Астрахань

Ежегодное количество родов в ГКРД № 2 в последние 20 лет регистрируется в пределах от 4414 до 5957.

При обследовании женщин в числе показателей акушерской патологии отмечены воспалительные заболевания гениталий от 4,8 до 18,9% и гестозы – от 10,5 до 40,3 % с тенденцией их увеличения в последующие годы (в процентах от числа родов).

Частота показателей экстрагенитальной заболеваемости регистрируется в разные годы от 16,2 до 60%. В её структуре наиболее часто выявляются анемия (2,5 – 28%), эндокринная патология (4,7 – 19,1%), болезни почек (2,2 – 15,8%) и варикозная болезнь вен (1,9 - 6,1%). Патология дыхательной, сосудистой систем и гепатопатии регистрируется, в основном, в десятых и сотых долях процента от общего числа без выраженной динамики к повышению или снижению заболеваемости.

Следует отметить достоверную тенденцию к увеличению в последние годы удельного веса анемии (18,3+-8,1%), общей эндокринной патологии (10,3+-2,2%), почечной патологии (8,9+-2,4%) и родов, осложненных кровотечением (4,0+-0,3 %). В предыдущее десятилетие эти показатели составляли в среднем, соответственно, 5,2+-2,1%; 7,8+-2,7%,и 4,1+-1,8% и 3,3+-0,3%. Выросло также число родов, завершившихся кесаревым сечением: 14,2+-3,5% в последнее десятилетие, по сравнению с предыдущим (6,8+-1,5%), что обусловлено расширением показаний к оперативному родоразрешению

Диабет и ожирение выявляются в течение исследуемых 20 лет в среднем в одинаковых соотношениях. Отмечается некоторое увеличение числа случаев варикозной болезни вен, однако эта разница недостоверна.

Динамика роста анемии лидирует среди остальных показателей в структуре экстрагенитальной патологии и может служить достоверным критерием при оценке состояния здоровья женщин. Это важно учитывать при планировании профилактической помощи.

Наряду с этим, достоверными представляются сведения о росте удельного веса гестозов за последние годы по сравнению с контрольным периодом. Мы не проводили специальных исследований корреляционных связей между гестозами и другой патологией. Однако, результаты выборочного анализа историй родов женщин с осложненной и нормально протекающей беременностью показывают значительное преобладание частоты случаев анемии, протеинурии, заболевания почек и ожирения в первой группе, по сравнению со второй.

Это свидетельствует о выраженной ассоциативной связи между гестозами и указанной патологией. В то же время не видно ассоциации между гестозами и наличием воспалительных заболеваний гениталий, гепатопатий в анамнезе и сердечно-сосудистой патологии. Эти результаты могут косвенно указывать на то, что анемия в сочетании с заболеваниями почек и ожирением является фактором, инициирующим развитие гестоза. Вероятно, хроническая гипоксия тканей при анемии усугубляет почечную дисфункцию у беременных женщин, имеющих в анамнезе те или иные заболевания мочевыделительной системы. Вслед за этим, почечная дисфункция становится базой для развития гестоза, а затем - дальнейшей нефропатии по принципу порочного круга.

При сравнительном исследовании других лабораторных показателей, косвенно отражающих функцию печени, мы отметили, что при гестозах 1–2 степени регистрируется относительная гипопротеинемия на фоне нормальных уровней общего билирубина, глюкозы и мочевины. В случаях позднего гестоза, преэклампсии и эклампсии достоверных отличий в содержании билирубина, глюкозы и мочевины также не выявлено, а частота случаев с гипопротеинемией даже меньше. Вероятно, это можно объяснить результатом метаболической коррекции и проводимого лечения в исследованных случаях.

По литературным сведениям, при гестозе 1 степени какие-либо выраженные признаки поражения печени также отсутствуют, а биохимические показатели находятся в пределах нормы или на уровне верхней границы нормы. Иногда в этой стадии выявляется легкая диспротеинемия. При гестозе 2 степени имеет место выраженная гипоальбуминемия, диспротеинемия, содержание билирубина может быть повышено до верхней границы нормы, может повышаться уровень трансаминаз, лактата, пирувата, снижаться аль-