

вичным фактором является грамотрицательная микрофлора: кишечная палочка, протеи, стафилококки, стрептококки, энтерококки, распространяющиеся из воспалительных очагов. Особенно важное значение отводится предрасполагающим факторам, приводящим к нарушению уродинамики.

Течение пиелонефрита зависит от его формы, острой или хронической. Для постановки и уточнения диагноза всем беременным были проведены общеклинические, биохимические исследования мочи и крови. В наших исследованиях при клинико-лабораторном анализе 20 беременных установлено, что в первый день поступления в урологическое отделение 1-й РКБ г. Ижевска количество лейкоцитов составляло $11,22 \pm 0,87 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроцитов $3,62 \pm 0,23 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб $107,73 \pm 4,21$ г/л, СОЭ $43 \pm 4,79$ мм/час. Уровень калия в сыворотке крови меньше на 2% нижней границы нормы ($3,43 \pm 0,29$ ммоль/л), натрия находился на нижней границе нормы. Количество креатинина составляло $92 \pm 0,0082$ мкмоль/л, что свидетельствует о сохранении фильтрационной функции клубочков почек. Показатель мочевины, $3,60 \pm 0,37$ ммоль/л, о сохранении секреторной функции почек. Относительная плотность мочи в пределах $1013,89 \pm 1,38$. Содержание общего белка беременных женщин составило $0,456 \pm 0,143$ г/л. На 5-6-й день стационарного лечения отмечалась положительная динамика по уровню снижения количества лейкоцитов (на 26%), повышения эритроцитов на 1% и гемоглобина на 1,05%. Произошло снижение показателя СОЭ на 3%. Содержание общего белка в моче снизилось на 21-89%. При выписке из стационара, на 10-16-й день, исследуемые показатели у всех женщин были в пределах физиологических границ нормы.

Таким образом, проведенный курс лечения, включающий применение миотропных спазмолитиков, инфузионную терапию, цефтриаксона, не обладающего нефротоксичностью, фторхинолонов, метрогила является эффективным в лечении пиелонефрита беременных. Применение в 3 случаях цефазолина, препарата I поколения цефалоспоринов, обладающего нефро- и гепатотоксичностью, преимущественно действующего на грамположительную микрофлору не может являться препаратом выбора при лечении пиелонефрита беременных, т.к. в мочевых путях при этом заболевании преобладает грамотрицательная микрофлора.

РОЛЬ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА КРАСНУХИ

Трясцина Е.С., Баринаева М.С., Шилев Д.Ю.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь,
e-mail: ekaterinasergeevna15@rambler.ru

Выкидыши, в связи с передающейся внутриутробно материнской инфекцией на различных стадиях беременности, могут быть вызваны широким спектром микроорганизмов, которые включены в комплекс TORCH (токсоплазма, вирус краснухи, цитомегаловирус, вирус простого герпеса), и другими агентами: трихомонадами, хламидиями, бледной трипонемой, гонококками, ВИЧ. Заражение краснухой во время беременности в 10-54% случаев может привести к врожденным порокам (Сет Р., 1985). Эти материнские инфекции изначально протекают бессимптомно, их трудно диагностировать на основании клинической картины. Поэтому важное значение имеет своевременная вакцинация, а также определение уровня антител IgG и IgM в парных сыворотках в группе у пациенток с плохим акушерским анамнезом.

Большинство вакцин против краснухи, используемых в настоящее время, содержит RA 27/3 штамм, который индуцирует длительный иммунитет, так как

антителопродукция у 95% вакцинированных женщин сохраняется свыше 20 лет (Enders G. *et al.*, 1988). Клинический диагноз краснухи сложно поставить, поскольку вирусная инфекция краснухи может протекать бессимптомно в 50% случаев. Таким образом, необходимым является лабораторное подтверждение диагноза, которое основано на изучении кинетики антител к вирусам краснухи (Grangeot-Keros L., 2003; Ingran D., 2003).

Почти все созданные вакцины направлены на индукцию антител в сыворотке крови или на слизистой оболочке и блокируют присоединение патогенов к эпителиальным клеткам или мешают микробному вторжению в кровоток. Индуцированные антитела должны быть функционально активны против соответствующих патогенов, играть роль опсонина, должны быть направлены на нейтрализацию токсинов (Plotkin S.A., 2008).

Отмечают, что после естественно приобретенной краснухи уровень специфических иммуноглобулинов М к вирусу краснухи (RV-IgM) обычно достигает максимума в течение нескольких дней после инфицирования и затем резко уменьшается. Напротив, после прививки RV-IgM достигает максимума на более низком уровне и всегда обнаруживается в течение 3-х месяцев после прививки. Созревание RV-IgG после прививки происходит медленнее, чем после естественно приобретенной инфекции (Vauloup-Fellous C. *et al.*, 2007). RV-IgG обнаруживается в течение 2-х – 3-х недель после начала инфекции. Эти результаты находятся в соответствии с предыдущими исследованиями (Banatvala J.E., 2004). В течение 2-х месяцев уровень RV-IgG обычно выше после первичной инфекции, чем после прививки от краснухи (Vauloup-Fellous C. *et al.*, 2007).

Заключение. Для уменьшения уровня распространённости врождённого синдрома краснухи необходимо проводить пренатальный скрининг и послеродовое прививание серонегативных женщин. Неверное истолкование результатов серологических реакций может привести к выкидышу или порокам развития плода. Поэтому интерпретация положительных результатов должна быть основана на анализе информации о ранее проведенной иммунизации и скрининге уровня антител.

Серологические результаты зависят от состояния пациентки и используемого метода диагностики. Известно, что гуморальный иммунный ответ после вакцинации от краснухи и после первичной вирусной инфекции краснухи отличается независимо от используемого диагностического метода (Al-Nakib W. *et al.*, 1975, O'Shea S. *et al.*, 1985). Анализ уровня RV-IgM в последовательных образцах может помочь отличить первичную инфекцию от вакцины, так как кинетика RV-IgM после вакцины отличается от кинетики RV-IgM после вторичной инфекции. Однако, чтобы подтвердить заключение, положительные результаты теста RV-IgM у беременных женщин должны всегда дополняться альтернативным методом, таким, как тестирование avidности RV-IgG.

ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МОНОНУКЛЕАРНО-ФАГОЦИТАРНОЙ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА

Утегенова А.М., Ильдербаева Г.О., Рымбаева А.А., Кирпина А.М., Ильдербаев О.З.

Государственный медицинский университет, Семей,
e-mail: oiz5@yandex.ru

Одной из наиболее радиочувствительных функций организма и животных является иммунологическая реактивность. Ее изменения можно определить объективными методами задолго до появления клинических симптомов лучевого поражения и при действии различных доз излучения. Характерной чертой радиационного