

3. Влияние дибикора и таурина на мозговой кровоток в постшемическом периоде / Абдулмджид Али Кулейб [и др.] // Фармация. – 2009. – №1. – С. 45-47.
4. Клиническая эффективность растительного антиоксиданта «сосудистый доктор» у больных с сердечно-сосудистой патологией / В.С. Федоров [и др.] // Фармация. – 2005. – №5. – С.43-45.
5. Кодониди И.П. Компьютерное прогнозирование биомолекул / И.П. Кодониди [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – №11-1. – С. 153-154.
6. Кручинина Л.Н. Изучение эффективности лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях санатория – профилактория / Л.Н. Кручинина, М.Н. Ивашев // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1981. – №4. – С. 20-22.
7. Пужалин А.Н. Воспроизводимость экспериментальной модели сахарного диабета I типа / А.Н. Пужалин [и др.] // Аллергология и иммунология. – 2007. – Т.8 – №1. – С. 214.
8. Омаров Ш.М. Клиническое применение маточного молочка / Ш.М. Омаров, Б.Н. Орлов, З.Ш. Магомедова, З.М. Омарова // Пчеловодство. – 2011. – №8. – С. 58-60.
9. Омаров Ш.М. Прополисотерапия в дерматологии // Пчеловодство. – 2012. – №4. – С. 56-58.
10. Омаров Ш.М. Физиологические свойства пчелиного яда и его применение / Ш.М. Омаров, З.Ш. Магомедова, З.М. Омарова // Пчеловодство. – 2012. – №7. – С. 58-59.
11. Омаров Ш.М. Апитерапия: продукты пчеловодства в мире медицины // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №9. – С. 36.
12. Орлов Б.Н. Очерки практической апифитокосметологии (пчелы и лекарственные растения на службе здоровья и красоты) / Б.Н. Орлов, Ш.М. Омаров, Н.В. Корнева // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – №1. – С. 98-99.
13. Седова Э.М. Место миокардиального цитопротектора предуктала МВ в лечении хронической сердечной недостаточности у женщин в перименопаузе // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2008. – №1. – С.34-35.
14. Седова Э.М. Экспериментально-клиническое обоснование применения предуктала МВ и дибикора у больных женщин хронической сердечной недостаточностью в перименопаузе: дис. ... канд. мед. наук. ГОУВПО «Волгоградский государственный медицинский университет». – Волгоград, 2008.
15. Сулейманов С.Ш. Инструкции по применению лекарственных препаратов: закон новый, проблемы прежние / С.Ш. Сулейманов, Я.А. Шамина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2011. – №11-12. – С. 13-16.
16. Целенаправленный поиск и фармакологическая активность ГАМК-позитивных соединений / И.П. Кодониди, А.В. Арлыг, Э.Т. Оганесян, М.Н. Ивашев // Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пятигорская гос. фармацевтическая акад. Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Кафедры органической химии и фармакологии. – Пятигорск, 2011.
17. Циколия Э.М. Клиническая фармакология линекса // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – №8-3. – С. 106-107.

**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ β -2 МИКРОГЛОБУЛИНА
В КРОВИ И МОЧЕ БЕРЕМЕННЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ
В ФАЗЕ РЕМИССИИ**

Минасян А.М., Хрипунова Г.И.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского,
Саратов, e-mail: 25gh10@mail.ru

β -2 микроглобулин – низкомолекулярный белок, который свободно фильтруется клубочками почек и практически полностью реабсорбируется в проксимальном отделе канальцев. По-

вышение уровня этого белка в моче и крови позволяет диагностировать патологический процесс на ранних стадиях его развития. Возможна дифференциальная диагностика между поражением клубочкового и канальцевого аппарата почек. β -2 микроглобулин является наиболее совершенной субстанцией для определения скорости клубочковой фильтрации, т.к. его уровень в крови стабилен в течение суток, экскретируется и катаболизируется только почками, свободно фильтруется через мембрану почек и не возвращается в кровяное русло. Таким образом, исследование β -2 микроглобулина в крови и моче у беременных может быть хорошей альтернативой инструментальным методам диагностики, а также сложным лабораторным исследованиям. Это обстоятельство послужило основанием для изучения β -2 микроглобулина в крови и моче у здоровых беременных с физиологически протекающей беременностью, с хроническим пиелонефритом в фазе ремиссии (ХПФР), осложненным преэклампсией (ПЭ) и без нее.

Полученный материал подвергнут статистической обработке с вычислением показателя достоверности по Стьюденту.

Критерии включения: беременные с хроническим пиелонефритом в фазе ремиссии.

Критерии исключения: обострение хронического пиелонефрита, аномалии развития мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, хронические интоксикации, приводящие к нарушению функции почек, ГЛПС, экстракорпоральное оплодотворение, онкологические заболевания.

Цель исследования – изучить динамику изменений β -2 микроглобулина в крови и моче беременных с хроническим пиелонефритом в фазе ремиссии и определить возможность использования данного показателя в качестве прогностического теста.

Под наблюдением находилось 70 пациенток, 20 из которых составили первую, контрольную группу (здоровые пациентки с физиологически протекающей беременностью). Во вторую группу вошли 35 пациенток с хроническим пиелонефритом в фазе ремиссии (ХПФР) и 15 беременных с развившейся на фоне ХПФР умеренной преэклампсией – третья группа. Определение степени тяжести ПЭ проводилось в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2011), согласно которым выделяют 2 степени – тяжелая ПЭ и умеренная ПЭ (при отсутствии симптомов тяжелой). Исследования проводились в 1,2 и 3 триместре беременности.

Следует отметить, что показатели β -2 микроглобулина в крови и моче беременных первой группы в 1, 2 и 3 триместрах беременности изменялись в сторону увеличения, однако, достоверностью не отличались. Вместе с тем, у беременных с ХПФР (вторая группа) прослеживалась четкая тенденция нарастания β -2 микро-

глобулина в крови и моче беременных по сравнению с первой группой, а также при внутригрупповом сравнении.

Исследование β -2 микроглобулина в крови беременных первой и второй групп при всех сроках гестации значительно изменялись.

В 1 триместре у беременных второй группы концентрация β -2 микроглобулина в крови увеличивалась на 23,4% ($p < 0,05$). Во 2 триместре β -2 микроглобулин в крови у пациенток с ХПФР повышался на 30,1 % ($p < 0,05$). В 3 триместре – на 43,05% ($p < 0,001$). Одновременно мы проследили динамику содержания β -2 микроглобулина в моче в различные сроки гестации в первой и второй группах. Уровень исследуемого показателя во второй группе в 1 триместре в 1,5 раза выше, чем в первой группе ($p < 0,05$). Во 2 триместре в 2,5 раза выше, чем в первой группе ($p < 0,001$). В 3 триместре – в 3,7 раза ($p < 0,001$).

Детально обследовали третью группу пациенток с ХПФР, беременность которых осложнилась умеренной преэклампсией. Нам удалось проследить изменения β -2 микроглобулина в крови и моче беременных этой группы с самого начала беременности. В 1 триместре концентрация β -2 микроглобулина в крови беременных третьей группы значительно отличалась от аналогичных показателей в первой ($p < 0,001$) и второй ($p < 0,001$) группах. Уровень, экскретируемого с мочой β -2 микроглобулина был значительно выше, чем в первой ($p < 0,001$) и второй ($p < 0,001$) группах беременных.

Во 2 триместре беременности также имелось значительное повышение β -2 микроглобулина в крови и моче пациенток по сравнению с первой ($p < 0,001$) и второй ($p < 0,001$) группами. В 3 триместре беременности при присоединении симптомов преэклампсии наблюдалось резкое увеличение β -2 микроглобулина в крови – на 73% ($p < 0,001$), моче – на 73,5 % ($p < 0,001$).

Таким образом, значительное увеличение концентрации β -2 микроглобулина в крови и моче беременных третьей группы, начиная с 1 триместра беременности, предполагает возможность использования его в качестве прогностического теста раннего прогнозирования преэклампсии у беременных с функционально компенсированным ХПФР.

**АКТИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНОГО
ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И СИСТЕМЫ
АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ
У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ,
ОСЛОЖНЕННЫМ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Минасян А.М., Хрипунова Г.И., Шляхова И.Ю.

*ГБОУ ВПО Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского,
Саратов, e-mail: 25gh10@mail.ru*

В современной литературе имеются данные о процессах перекисного окисления липидов,

антиоксидантной защите у здоровых беременных с физиологически протекающей беременностью, при преэклампсии с различной степенью тяжести, у беременных с хроническими соматическими заболеваниями, в том числе с хроническим пиелонефритом. Однако, во многих исследованиях отсутствуют указания об активности патологического процесса, а так же, практически не исследованы связи перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты, активности симпатoadренальной системы и особенности клинических проявлений. Учитывая выше изложенное, цель настоящей работы состояла в изучении перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у беременных с хроническим пиелонефритом в фазе ремиссии, осложненным преэклампсией и без нее.

Критерии включения: беременные с хроническим пиелонефритом в фазе ремиссии.

Критерии исключения: обострение хронического пиелонефрита, аномалии развития мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, хронические интоксикации, приводящие к нарушению функции почек, ГЛПС, экстракорпоральное оплодотворение, онкологические заболевания.

Под наблюдением находилось 156 беременных, из которых 50 здоровые пациентки с физиологически протекающей беременностью (контрольная группа), 75 с ХПФР – 1 группа сравнения, 31 пациентка с ХПФР и ПЭ – 2 группа сравнения. Все обследованные беременные находились в активном чадородном возрасте в III триместре беременности. Но для оценки процессов оксидной и антиоксидантной систем выделена контрольная группа здоровых беременных с физиологически протекающей беременностью (20 человек). Основную группу составили 50 человек с ХПФР, у 20 из которых беременность осложнилась умеренной ПЭ.

Определение степени тяжести ПЭ проводилось в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2011), согласно которым выделяют 2 степени – тяжелая ПЭ и умеренная ПЭ (при отсутствии симптомов тяжелой).

У всех пациенток, наряду с динамикой клинических проявлений, изучены показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ). ПОЛ оценивали по содержанию вторичных продуктов - малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) в цельной крови. Состояние АОЗ по активности супероксиддисмутазы (СОД), каталазы в эритроцитах, содержанию церрулоплазмينا и аскорбиновой кислоты в сыворотке крови. Полученный материал подвергнут статистической обработке с вычислением показателя достоверности по Стьюденту. При исследовании сбалансированности систем ПОЛ и АОЗ в крови здоровых беременных с физиологически протекающей