

немодулированных колебаний с плотностью мощности 10 мВт/см². Рупорный волновод устанавливался к груди на уровне четвёртого межреберья. После чего производился повторный замер. Через 2 часа (или через день) эксперимент повторялся с другой частотой воздействия.

Была проведена серия экспериментов на практически здоровых волонтерах в возрасте 19-22 года. В качестве неинвазивных методов тестирования использовались: измерение вариабельности сердечного ритма (ВСР) на кардиоритмографе «Эксперт-01», электропунктурная диагностика на компьютеризованном комплексе «ЗОДИАК», преобразование энергоинформационного потока на аппаратно-программном комплексе «Эниотрон-3», метод газоразрядной визуализации, компьютеризованный психологический опросник самооценки «САН». Наиболее эффективным был признан метод ВСР.

С.И. Рябов, Ракитянская И.А., Т.С. Рябова

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОГЕНОВ В РАЗВИТИИ IgA-НЕФРОПАТИИ

СПб ГУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия»

Введение. По данным литературы в Европе и США на долю IgA-нефропатии приходится 39,4 - 60,0% больных от всех морфологических форм. По нашим данным в С.-Петербурге при использовании иммунофлюоресцентного метода исследования биоптата почечной ткани болезнь Берже выявляется у 66,7% от всех больных МезПГН (или у 52% от всех форм заболевания). В последние десятилетия активно исследовалась роль вирусной инфекции в развитии IgA-нефропатии.

Материал и методы. В исследование были включены 117 больных IgA-нефропатией от 19 до 74 лет, средний возраст - 36,37±1,56 лет. Женщин и мужчин было 29% и 71% соответственно. Диагноз был верифицирован морфологически при анализе биоптатов ткани почек, полученных путем прижизненной пункционной биопсии. У всех больных было проведено иммунофлюоресцентное исследование почечного биоптата с использованием моноклональных антител к аденовирусу (NCL-ADENO), к вирусу гепатита С (NCL-HCL-NS3), вирусу гепатита В (NCL-HBcAg), к цитомегаловирусу (NCL-CMV-EA) фирмы «Novocastra» (Великобритания) с Fitc меткой и моноклональных антител к Chlamydia spicata для выявления Chlamydia trachomatis фирмы «Dako» (Германия). В ходе исследования больные были разделены на две группы: 1 группу составили 98 пациентов в возрасте до 59 лет включительно (средний возраст 36,92±1,96 года); 2 группу - 19 пациентов старше 60 лет (средний возраст 68,80±1,44 лет).

Результаты. На основании анализа этиологического фактора развития IgA-нефропатии у 69% больных была выявлена связь дебюта болезни с наличием простудного заболевания. Значимых различий в разных возрастных группах выявлено не было (70% в 1 группе и 65% в 2 группе). Далее было проведено исследование на наличие инфекционных антигенов в биопсийной ткани почки

больных с учетом их возраста. Оказалось, что все больные (т.е.100%) имели тот или иной инфекционный антиген в почечной ткани не зависимо от возраста. Чаще всего выявлялись Chlam.tr. (до 88%) и CMV (до 63%). Так же были выявлены сочетания различных антигенов: Chlam. tr.+ CMV (до 60%) ; Chlam. tr.+AdenoV+CMV (до 37%); Chlam. tr.+CMV+HCV (до 18%); Chlam. tr.+HBVs (до 7%).

Выводы. Наличие инфекционного антигена в почечной ткани у больных IgA-нефропатией является этиологическим фактором развития заболевания

Т.С. Рябова, И.А. Ракитянская

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С IgA-НЕФРОПАТИЕЙ

СПб ГУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия»

Введение. IgA-нефропатия на сегодняшний день является самой часто встречающейся в мире из всех форм хронического гломерулонефрита. 50% первичных гломерулонефритов и 40% из всех заболеваний приводящих к терминальной почечной недостаточности – это IgA-нефропатия. Поэтому по-прежнему является актуальным изучение морфологических особенностей данной формы гломерулонефрита.

Материал и методы. В исследование были включены 87 больных (53 мужчин и 34 женщин) IgA-нефропатией в возрасте от 19 до 65 лет. Диагноз был подтвержден путем прижизненной пункционной биопсии почек. В ходе исследования больные были разделены на три возрастные группы: 1 группа - 19 пациентов в возрасте от 19 до 30 лет ($22,61 \pm 2,87$ года); 2 группа - 44 пациента от 31 до 45 лет ($38,10 \pm 4,45$ лет); 3 группа – 24 пациента от 46 до 65 лет ($52,46 \pm 4,08$ года).

Результаты. Морфологические показатели в разных возрастных группах не имели достоверных различий. Методом корреляционного анализа выявлено: 1). обратная корреляционная зависимость между возрастом и размером клубочка в 1-ой группе ($\tau = -0,507$; $p = 0,029$), в то время как в 3-ей группе эта зависимость прямая ($\tau = 0,529$; $p = 0,011$). Т. е., чем младше пациент, тем размер клубочка больше, а чем старше – тем он меньше;

2). зависимость глобального склероза от возраста выявлена только во 2-ой группе ($\tau = 0,363$; $p = 0,024$); 3). Получена зависимость между возрастом больных и выраженностью гипертрофии мышечного слоя артерий и артериол в биопсийной ткани больного ($\tau = 0,205$; $p = 0,039$); 4). изменения мезангиального матрикса (расширение и клеточность) зависят от возраста больного во 2-ой и 3-ей группах ($\tau = 0,565$; $p = 0,007$ и $\tau = 0,566$; $p = 0,010$, соответственно); 5). гипертрофия мышечного слоя артерий и артериол почечной ткани и фиброз интерстиция зависят от возраста у более молодых пациентов ($\tau = 0,684$; $p = 0,003$ и $\tau = 0,634$; $p = 0,027$, соответственно); 6). выраженность глобального склероза и сегментарного склероза клубочков зависит от гипертрофии мышечного слоя артерий и