

## ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Михайлов И.В.

*Государственный медицинский университет  
Саратов, Россия*

Цель исследования изучить показатели иммунного гомеостаза при разных вариантах течения острого гестационного пиелонефрита.

Нами обследовано 124 пациентки с гестационным серозным пиелонефритом, из них: у 70 больных заболевание на протяжении беременности отмечалось однократно, у 54 – имело рецидивирующее течение. Контрольную группу составили 38 первобеременных женщин с благоприятным акушерским анамнезом.

Фенотипирование лимфоцитов, выделенных из периферической гепаринизированной крови методом седиментации на градиенте фиколверографина (плотность 1,077 г/мл) проводили непрямым методом иммунофлуоресцентного анализа. Иммуноглобулины класса А, М, G определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле. Показатели клеточного звена иммунитета изучали в реакции бласттрансформации лимфоцитов (РТБЛ) с неспецифическими митогенами ФГА и КонА (подсчет радиоактивности  $^3\text{H}$  тимидина с активностью 17 Ме Вg/mM проводили на бета-спектрометре жидким сцинтиляционным методом Марк-II) и в НСТ-тесте активации нейтрофилов.

У женщин контрольной группы число Т-хелперов составило  $46,8 \pm 0,5\%$ , Т-супрессоров -  $21,3 \pm 0,5\%$ , индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) -  $2,25 \pm 0,12$  у.е., пролиферативная активность культур клеток в присутствии ИЛ-1 (без применения ФГА) -  $1,18 \pm 0,10$  у.е., после добавления к клеткам митогена ФГА -  $1,46 \pm 0,13$  у.е., индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 -  $4,65 \pm 0,13$  у.е.

У обследованных пациенток обеих групп выявлен лейкоцитоз с достоверным снижением количества лимфоцитов по сравнению с контрольной группой. Отмечено развитие вторичной иммунодепрессии с относительным снижением общей популяции лимфоцитов и субпопуляции CD4, при возрастании субпопуляции CD8, что сопровождается снижением индекса CD4/CD8 до 2,3 при развитии гестационного пиелонефрита и до 1,8 при рецидивирующем течении заболевания (у здоровых - 2,8). Отмечено достоверное возрастание IgM и IgA, при снижении уровня IgG.

Индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) у пациенток с гестационным пиелонефритом нарастал ( $4,76 \pm 0,22$  у.е.), достоверно превосходя аналогичные данные у беременных с рецидивирующим течением заболевания ( $3,12 \pm 0,26$  у.е.) и в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Средние показатели пролиферативной активности культур клеток в присутствии ИЛ-1 (без применения ФГА) были достоверно выше в группе пациенток с однократным развитием пиелонефрита во время беременности, чем у пациенток с рецидивирующим течением заболевания (соответственно  $5,42 \pm 0,25$  и  $2,18 \pm 0,28$  у.е.,  $p < 0,05$ ). Достоверные различия в уровнях комитогенного эффекта, позволяющего оценивать активность ИЛ-1, сохранялись и после добавления к клеткам митогена ФГА (однократное развитие гестационного пиелонефрита -  $12,8 \pm 0,34$  у.е.; рецидивирующий гестационный пиелонефрит -  $6,25 \pm 0,32$  у.е.,  $p < 0,05$ ). Индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 у пациенток с рецидивирующим гестационным пиелонефритом был также достоверно снижен ( $5,46 \pm 0,23$  у.е.) по сравнению со значениями у пациенток с однократным развитием заболевания во время беременности ( $9,08 \pm 0,25$  у.е.,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, низкий уровень пролиферативной активности клеточных процессов у пациенток с гестационным пиелонефритом является фактором риска рецидивирующего течения заболевания.