

**Биохимические показатели функций печени при микстпатологии описторхоз - иксоводный клещевой боррелиоз**

Бакштановская И.В., Степанова К.Б., Скичко С.И., Степанова Т.Ф.

*ГУ "Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии Минздрава России", Тюмень*

Наличие на территории Западной Сибири сочетанных очагов биогельминтозов и трансмиссивных инфекций определяет актуальность исследования функций печени в поддержании биохимического гомеостаза при микстпатологии описторхоз – иксоводный клещевой боррелиоз (ИКБ). Известноотягающее влияние описторхоза на течение многих инфекционных заболеваний, которое приводит к учащению рецидивов и хронизации процессов, появлению отличных от моноинфекций патогенетических особенностей, специфических изменений иммунореактивности. При описторхозе изменяется состояние гепатобилиарной системы и возможности ее реагирования на воздействия других инфекционных агентов. В свою очередь, в ряду проявлений системной органной патологии при хронических ИКБ отмечается рецидивирующий гепатит.

Целью настоящего исследования являлась оценка состояния и реактивности гепатобилиарной системы под воздействием описторхозной инвазии при сочетании с ИКБ. Определяли активность аминотрансфера (АСТ, АЛТ), гаммаглутамилтрансферазы (ГГТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), амилазы (АМ) и холинэстеразы (ХЭ), а также концентрацию билирубина (Б), холестерина (Х) и глюкозы (Г) в сыворотке крови у 60 больных ИКБ в хронической стадии, 57 больных хроническим описторхозом (ХО) и у 17 больных ИКБ в сочетании с ХО.

Клинически установлен факт более тяжелого течения заболевания при сочетанной патологии, чем при моноинфекции: более выраженный общеинтоксикационный синдром, более тяжелая неврологическая симптоматика, обусловленная, по-видимому, токсическим действием двух возбудителей. Обнаружено достоверное повышение уровня Б в группе больных ИКБ. При сочетании ХО с ИКБ исследуемые показатели отличаются от значений в обеих группах больных с моноинфекциями: активность ЩФ существенно выше, чем при ИКБ; уровень Х и Г существенно ниже, а активность ХЭ – выше, чем при ХО. Антибиотикотерапия ИКБ приводит к повышению активности АМ и снижению уровня Х, концентрация Б при этом остается повышенной. Это свидетельствует о дополнительной нагрузке на функции печени длительных курсов лечения антибиотиками и о необходимости принимать специальные меры по нормализации состояния органа в реабилитационный период. Антигельминтная терапия (АГТ) у больных с сочетанной патологией приводит к более быстрой нормализации активности ГГТ (через сутки после АГТ) по сравнению с больными ХО. Активность аминотрансфераз и соответствующие индексы не отличаются достоверно от показателей контрольной группы на протяжении всего периода наблюдения за больными с микстпатологией, тогда как при ХО эти показатели повышены

до лечения и нормализуются только через полгода после АГТ. Динамика уровня Б у больных ХО в сочетании с ИКБ также отлична от инвазии: он нормализуется быстрее, в течение 1-3 месяцев после АГТ, тогда как у больных ХО он превышает контрольный уровень и через год после лечения. В то же время нарушения функций гепатобилиарной системы, вызываемые гельминтом, фиксируются по высокой активности ЩФ (до лечения у больных с сочетанной патологией этот показатель выше, чем при моноинфекции ИКБ, он остается повышенным по сравнению с практически здоровыми лицами и через полгода после АГТ, как и при ХО). Активность АМ, характеризующая функционирование поджелудочной железы, при сочетанной патологии (как и при ХО) остается повышенной и после АГТ. Меньшая реактивность показателей цитолиза гепатоцитов при сочетанной патологии может быть связана с изменением интенсивности иммунопатологических процессов, повреждающих клетки печени, из-за сочетанного влияния ХО и ИКБ на иммунную систему. В то же время значения показателей, характеризующих состояние желчевыделительной функции и поджелудочной железы, по-видимому, определяется в основном патогенными факторами инвазии.

**Гнойно-септические заболевания у родильниц с гестозом**

Баринаева Е.В., Хромова Н.Л., Ликстанов М.И.

*МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово*

Проблема гестоза сохраняет свою актуальность в современном акушерстве. В настоящее время все больше беременных поступает на роды с различными формами гестоза. При этом у женщин возникает риск развития не только акушерской патологии, но и гнойно-септических заболеваний (ГСЗ). В свою очередь, возникновение ГСЗ у родильниц в послеродовом периоде также является немаловажной проблемой современного родовспоможения.

Целью данного исследования явилось определение особенностей течения послеродового периода на предмет возникновения ГСЗ у родильниц, поступающих на роды с различными формами гестоза.

Исследование проводилось на базе родильного дома № 1, входящего в состав МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово. Было проанализировано 150 историй родов женщин, поступивших для родоразрешения с различными формами гестоза (1 группа) и 150 историй родов пациенток, которым не был выставлен диагноз «гестоз» (2 группа).

Течение последнего триместра беременности в 1 группе осложнилось следующими формами гестоза: отечная форма гестоза – у 61 женщины (41 %), нефропатия 1 степени – у 53 пациенток (35 %), нефропатия 2 степени – у 15 женщин (11 %), нефропатия 3 степени – у 2 женщин (1,3 %), длительно текущий гестоз обнаружен у 6 пациенток (4 %), сочетанный гестоз – у 12 (8 %), преэклампсия – у 1 женщины (0,6 %).

Структура ГСЗ у пациенток 1 группы выглядела