

тельной ткани в любом органе и разнообразие гистологических ее модификаций, превосходящие таковые в системах нервной и сосудисто-транспортной.

Причинность информационной насыщенности именно соединительной ткани, а не какой-либо другой, придающей ей морфогенетические потенции, видится нам в 2-х этапности образования коллагена, интегрирующей в себе воздействия как генетических, так и средовых факторов. С одной стороны, синтез коллагена жестко детерминирован генетически. С другой стороны, формирование фибрилл коллагеновых волокон совершается вне клетки под влиянием факторов внеклеточной среды, почему морфогенез содержащих коллаген тканей носит в известной мере эпигенетический характер (В.Н.Никитин). Налицо высокая степень пластичности регуляторных возможностей соединительной ткани и большой диапазон обеспечивающихся ею адаптивных способностей организма, занимающей (соединительной ткани) как бы «золотую середину» между нервной системой, адекватно подстраивающей организма под окружающую среду, и иммунной системой, оберегающей его от какого-либо компромисса с этой средой. Оцененная морфологическими науками, концепция стромально-паренхиматозных взаимодействий сохраняет пока что отчужденность от клинической медицины по причине методических трудностей их изучения в клинических условиях.

ИММУНОМОДУЛЯТОР ЛИКОПИД В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

Свалова Н.А.

*Российский Университет дружбы народов,
Москва*

В настоящее время на фоне возрастающего числа воспалительных заболеваний в офтальмологической практике открываются новые перспективы использования иммуностимулирующих лекарственных средств. Широкое применение может найти ликопид, являющийся компонентом клеточной стенки практически всех бактерий и обладающий естественной иммуностимулирующей активностью. Основное свойство препарата – возможность существенно повышать функциональную активность фагоцитов, увеличивая их способность к инаktivации инфекционных агентов. Активно обсуждается вопрос об одновременном назначении ликопида с антимикробными, противовирусными и противогрибковыми препаратами ввиду потенциального повышения возможной эффективности проводимой терапии и ускорения купирования патологического процесса.

Ликопид в офтальмологической практике используется в комплексном лечении заболеваний глаз герпетической, бактериальной, грибковой, акантамебной, инфекционно-аллергической этиологии, которые характеризуются затяжным течением, частыми рецидивами, низкой эффективностью этиотропной терапии и лабораторными признаками иммунологической недостаточности.

Клиническое исследование таблетированной формы ликопида (Майчук Ю.Ф. и соавт.) было проведено в отделе инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца с применением двойного слепого рандомизированного контроля при лечении 115 больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями периферического отрезка глаза различной этиологии, сопровождающихся признаками вторичной иммунологической недостаточности. При этом в основной группе у больных наблюдалось более быстрое купирование воспалительного процесса в тканях глаза, сокращались сроки эпителизации роговицы (с 8,14 до 5,75 дней; $p < 0,01$), резорбции роговичной инфильтрации (с 15,02 до 10,54 дней; $p < 0,001$), исчезновение ирита (с 7,96 до 5,78; $p < 0,05$), сокращалась длительность лечения с 15,2 до 11,4 дней, обеспечивалось более значительное повышение остроты зрения, сокращалось число рецидивов, удлинялись сроки ремиссии. При этом в контрольной группе у больных повышения эффективности лечения не отмечалось.

Лечение отслоек сетчатки, протекающих на фоне периферического увеита, при помощи этиотропной терапии в комбинации с ликопидом (Максимов В.Ю. и соавт.) было проведено в офтальмологической больнице Саратовской области. Наблюдалось 35 больных с отслойкой сетчатки, периферическим увеитом, швартами стекловидного тела. В результате достигнуто клиническое и лабораторное выздоровление у 86% больных.

Таким образом, можно предположить, что основным клиническим эффектом ликопида является повышение эффективности комбинированной терапии: значительно чаще достигается отличный и хороший эффект лечения, быстрее купируется воспалительный процесс в тканях глаза, сокращается длительность лечения, реже наблюдаются рецидивы заболеваний глаз. Отсутствие субъективных жалоб у больных, удовлетворительные объективные данные состояния внутренних органов, улучшение общего состояния подтверждают хорошую переносимость препарата.

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИИ ЖЕЛЧИ ПРИ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ

Степанова Т.Ф., Бакштановская И.В.,

Степанова К.Б., Чирко Ю.В., Арапова О.Н.

ФГУН Тюменский НИИ

краевой инфекционной патологии Роспотребнадзора

Описторхозная инвазия приводит к развитию хронического воспалительного процесса в желчных протоках, нарушению моторно-эвакуаторной функции, дестабилизации желчи (Поддубная и др., 2001), развитию хронического пролиферативного холангита (с различной степенью фиброза) и холецистита (Бронштейн, Малышев, 2004; Moore et al., 1988), вызывает дискинезию, дисхолию, холелитиаз, способствует нарушению синтеза липидов и желчных кислот (Бронштейн, Лучшев, 1998). Ранее (Шонин, Степанова, Емельянова, 2000) было показано, что изменения биохимических свойств желчи выявляются уже в острой фазе описторхоза и усиливаются в хронической.

Целью настоящей работы было исследование специфичности выявленных изменений для инвазионной болезни.

Изучали биохимический состав второй и третьей ("пузырной" и "печеночной") порций желчи, полученной при дуоденальном зондировании 50 больных с непаразитарными заболеваниями желчевыводящих путей (ЖВП) – 1 группа, 30 больных описторхозом в острой фазе (2 группа) и 20 больных описторхозом в хронической фазе (3 группа). В качестве контрольных использовали результаты обследования 50 практически здоровых лиц, приведенные в работе Шонина и др. (2000). Биохимический состав желчи во внутрипеченочных желчных протоках при непаразитарных заболеваниях ЖВП характеризовался несколько повышенной концентрацией холестерина ($64 \pm 26,7$ мг/100 мл по сравнению с $20,1 \pm 4,8$ в контроле) при практически неизменном содержании билирубина и желчных кислот. У больных описторхозом исследованные показатели в третьей порции желчи не отличались достоверно от контрольных. Основные изменения выявились при анализе второй порции – пузырной желчи (возможно, это связано с более длительным периодом формирования ее химического состава). При непаразитарных заболеваниях ЖВП наблюдалось повышение концентрации холестерина ($303,4 \pm 39,3$ мг/100 мл, $p < 0,05$ по сравнению с $42,5 \pm 12,5$ в контроле) при незначительном снижении концентрации желчных кислот ($1241 \pm 78,8$ мг/100 мл по сравнению с $1400,4 \pm 95,5$ в контроле, $p > 0,05$). При описторхозе как в острой, так и в хронической фазе заболевания обнаруживается достоверное повышение уровня холестерина и снижение концентрации желчных кислот по сравнению с контрольными значениями. Сопоставление с показателями больных непаразитарными заболеваниями ЖВП показывает, что концентрация холестерина в острой фазе описторхоза достоверно ниже, чем в 1 группе ($181,8 \pm 43$ – $303,4 \pm 39,3$ мг/100 мл, $p < 0,05$), а концентрация желчных кислот при описторхозе (остром и хроническом) существенно снижается как по сравнению с контролем, так и с 1 группой больных: $906,2 \pm 83,6$ мг/100 мл при остром, $991,2 \pm 117,9$ при хроническом описторхозе по сравнению с $1241,2 \pm 78,8$ в 1 группе и $1400,4 \pm 95,5$ в контроле.

Таким образом, инвазионная болезнь приводит к значительно более выраженному снижению концентрации желчных кислот в желчном пузыре, чем непаразитарные заболевания ЖВП, и значительно менее выраженному повышению концентрации холестерина. Минимальная концентрация желчных кислот в пузырной желчи наблюдается в острую фазу описторхоза – возможно, из-за снижения синтеза холатов и холестерина вследствие иммунопатогенетического и непосредственного токсического воздействия паразита на печень в сочетании с внутрипеченочным холестазом. Те же факторы, по-видимому, продолжают действовать и в хронической фазе заболевания, наряду со склерозированием желчных протоков, о чем свидетельствует, в частности, достоверное повышение концентрации конъюгированного билирубина в III (печеночной) порции желчи у больных хроническим описторхозом (Степанова, 2002). Другой специ-

фической особенностью инвазионной болезни по сравнению с непаразитарными заболеваниями является меньший уровень холестерина в пузырной желчи – возможно, из-за нарушения концентрационной функции желчного пузыря (Лепехин и др., 1991).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

Степанова Т.Ф.*, Арапова О.Н.***, Швейкина В.Н.***

* ФГУН Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии Роспотребнадзора

** МУ ЦРБ Кондинского района

Многими исследователями отмечалось неблагоприятное влияние гельминтов на течение беременности, поскольку продукты их жизнедеятельности могут оказывать вредное влияние на плод. В работах В.Н. Кожевникова (1978, 1980), Г.А. Глазкова (1977, 1979 и др.) показано, что описторхозная инвазия отрицательно влияет на течение беременности и родов. Однако механизм этого отрицательного влияния изучен фрагментарно, окончательно не выяснена зависимость между нарушением функционального состояния гепатобилиарной системы у больных описторхозом женщин и частотой возникновения осложнений беременности и родов, отсутствуют научно обоснованные рекомендации по ведению беременности у инвазированных женщин.

Целью настоящей работы было исследование особенностей течения беременности у женщин, страдающих описторхозом, в гиперэндемичном очаге (Кондинский район Ханты-Мансийского автономного округа Тюменской области).

Изучали течение беременности у 77 женщин контрольной группы и 295 женщин с подтвержденным диагнозом хронического описторхоза. У большинства больных хроническим описторхозом (85,7%) было осложненное течение беременности: токсикозы первой и второй половины беременности, затяжное течение раннего токсикоза, поздний гестоз, гестационная гипертония. Анемия в первую половину беременности у инвазированных женщин встречалась в 3,5 раза чаще, чем у здоровых ($27,7 \pm 2,6\%$ и $7,7 \pm 3,0\%$ соответственно), ранний токсикоз наблюдался в $85,7 \pm 2,05$ случаев (при $22 \pm 4,7\%$ в контрольной группе), угроза прерывания беременности – в $25,4 \pm 2,5\%$ ($11,6 \pm 3,6$ в контрольной группе), внутриутробная гипоксия плода в $7,1 \pm 1,5\%$ ($3,9 \pm 2,2$ в контроле). Аналогичная ситуация складывалась и во второй половине беременности. Практически у всех беременных, страдающих хроническим описторхозом, анемия первой половины беременности регистрировалась и во второй ($67,7 \pm 2,7\%$ по сравнению с $43,1 \pm 5,64\%$ в контрольной группе). Во второй половине беременности у больных описторхозом чаще, чем у неинвазированных женщин, регистрировалась внутриутробная гипоксия плода ($23,7 \pm 2,4\%$ и $15,7 \pm 4,1\%$ соответственно), поздний гестоз ($32,2 \pm 2,7\%$ и $10,8 \pm 2,4\%$ соответственно, $p < 0,001$), угроза прерывания беременности ($53,2 \pm 3,1\%$ и $16,4 \pm 4,2\%$ соответственно, $p < 0,05$). При этом основными жалобами женщин были тянущие