

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

боли внизу живота и в области крестца в первую половину беременности и схваткообразные боли – во вторую половину. Подтверждением диагноза служило наличие повышенной сократительной активности миометрия при ультразвуковом исследовании.

Анализ частоты невынашивания беременности продемонстрировал, что наиболее частой угрозой прерывания беременности является при сроке инвазии до 1 года ($22,4 \pm 3,9\%$ в первую половину и $44,2 \pm 4,6\%$ во вторую половину беременности) либо более 5 лет ($29,1 \pm 5,2\%$ и $54,4 \pm 5,7\%$ соответственно). Длительность описторхозной инвазии оказывает влияние на частоту случаев угрозы прерывания беременности как в первую, так и во вторую ее половину ($F=48,7$). При увеличении длительности описторхозной инвазии вероятность угрозы прерывания беременности достоверно увеличивается ($p < 0,01$), при сроке инвазии более 5 лет риск значительно выше ($p < 0,001$). Среди больных описторхозом процент женщин, нуждающихся во второй половине беременности в стационарном лечении, достоверно превышал таковой в группе контроля ($25,8 \pm 3,6\%$ и $14,2 \pm 3,9\%$ соответственно, $p < 0,001$).

Таким образом, полученные данные показывают, что хроническая описторхозная инвазия является важной причиной прерывания беременности.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ БАЛАНСА ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДЕНОИДИТЕ У ДЕТЕЙ

Терскова Н.В., Боброва С.В.,
Мельников М.Н., Маслова М.Ю., Щадова Г.А.
*Новосибирская государственная
медицинская академия,
Новосибирск*

Муниципальное учреждение здравоохранения
Городская детская больница №8, Красноярск, Россия

Несмотря на успехи современной фармакологии, актуальной медицинской проблемой остаётся в детской оториноларингологии и педиатрии хронический аденоидит. Частые обострения данного заболевания являются манифестацией иммунных нарушений в организме, транзиторных или более стойких, характеризующихся как вторичный иммунодефицит.

Вовлечение в процесс воспаления многих типов клеток, субклеточных элементов и органных систем предопределяет формирование сложных механизмов регуляции воспалительной и иммунной реактивности, как на местном, так и организменном уровне. Центральное место среди них занимает цитокиновый профиль. Ассоциированная с цитокинами функциональная пластичность Th и макрофагов позволяет гибко реализовывать различные варианты воспалительной реактивности с одной стороны и адаптировать к ним развитие иммунного ответа – с другой.

Цель: изучение взаимосвязей иммуногемостаза и хронического аденоидита у детей с определением содержания в сыворотке крови провоспалительных и иммунорегуляторных цитокинов IL-4, TNO- α , INF- γ .

Методы: обследовано 60 детей с хроническим аденоидитом в возрасте от 3 до 10 лет. Диагноз ста-

вился оториноларингологом на основании клинико-лабораторного и эндоскопического обследования. Контрольную группу составили 20 доноров, не имеющих хронической патологии в анамнезе и не получавших медикаментозной терапии в течение предшествующего месяца.

Сыворотку крови получали по стандартной методике. Уровень IL-4, INF- γ , TNO- α определяли методом иммуноферментного анализа наборами ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург, Россия). Анализ результатов проводился с использованием статистической компьютерной программы STATISTICA.

Результаты: в структуре патологии выделены варианты хронического аденоидита:

- 1) лимфоцитарно-эозинофильный (аллергический) – с минимальной экссудацией;
- 2) лимфоплазматический (гипериммунный) – с серозным экссудатом;
- 3) лимфоретикулярный (гипоиммунный) – с серозным экссудатом;
- 4) нейтрофильно-макрофагальный (дисфункция иммунитета) – с гнойным экссудатом.

В группе лимфоцитарно-эозинофильного варианта хронического аденоидита достоверно повышено содержание в сыворотке IL-4 ($p < 0,005$), INF- γ ($p < 0,001$) по отношению к показателям контрольной группы. При лимфоплазматическом варианте увеличено содержание INF- γ ($p < 0,001$) и TNO- α ($p < 0,1$). При нейтрофильно-макрофагальном варианте хронического аденоидита – максимальное по частоте и величине усиление продукции TNO- α ($p < 0,001$). При лимфоретикулярном варианте – регистрировалось снижение показателя эффекторных функций реакций клеточного иммунитета. Цитокины в контрольной группе находились в пикограммовых количествах, недостаточных для проявления системных эффектов. Данный факт низкого содержания цитокинов в сыворотке крови отражает их паракринное действие. При наличии во всех клинико-патогенетических вариантах хронического аденоидита как гуморального, так и клеточного звена иммунного реагирования, тем не менее, для лимфоцитарно-эозинофильного характерно преобладание Th2-цитокинопродукции, а для остальных вариантов – Th1.

Выводы: обозначен профиль системной цитокинопродукции при хроническом аденоидите. Результаты свидетельствуют о неоднородности патогенетических механизмов и дисбалансе Th1 и Th2, что в итоге и определяет клинико-патогенетический вариант хронического аденоидита.

К ВОПРОСУ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шапошников В.И.

*Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар*

С целью изучения особенностей клинического проявления острого нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) проведен анализ 100 на-