

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-