

У Ч Р Е Д И Т Е Л Ь :
ООО «Maxliyo-shifo» & V

«Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья»
Рецензируемый научно-практический журнал
Публикуется 4 раза в год
Основан в 1997 году

«The news of dermatovenerology
and reproduction health»
is a peer reviewed journal,
is published 4 times a year

Журнал зарегистрирован Госкомитетом
Республики Узбекистан по печати и информации
Лицензия №0527 от 13. 02. 2009 г.

А Д Р Е С Р Е Д А К Ц И И

г. Ташкент ул. Шайхонтохур
проезд Авиационная 10
Клиника «Maxliyo-shifo»

Тел: (3712) 331-51-59, 244-06-33
E-mail: dermatol47@mail.ru

Подписной индекс — 1039
1042

ГНПП «Картография»
Адрес: 100170, Ташкент, ул. Зиёлилар, 6
Тел: 262-53-66
Факс: 262-57-31

За содержания рекламных материалов
ответственность несет рекламоатель

Подписано в печать 02. 06. 2010 г.
Формат А4
Печать офсетная
Цена договорная

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

1-2.2010

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор — А. Ш. Ваисов
Зам. гл. редактора — Р. А. Капкаев
Зам. гл. редактора — Д. Д. Курбанов
Отв. секретарь — А. Б. Рахматов

С. С. Арифов
Н. С. Агабеков
Ю. К. Джаббарова
Ш. И. Ибрагимов
Г. А. Исмаилова
Э. Г. Ким
И. М. Мухамедов
Б. А. Магруппов
С. Н. Султанов
Х. К. Шодиев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. М. Абидов (Ташкент)
Ф. А. Акилов (Ташкент)
Г. Р. Батпенова (Астана)
А. Гюнеш (Турция)
Б. А. Дусчанов (Ургенч)
П. Т. Зоиров (Душанбе)
А. М. Исмаилов (Ашгабад)
Ш. М. Кабулов (Ташкент)
Ж. Р. Каримбердиев (Ташкент)
З. Д. Каримов (Ташкент)
Д. Ф. Каримова (Ташкент)
З. Б. Кешилева (Алматы)
Р. Кумар (Индия)
Э. И. Мусабаев (Ташкент)
П. Р. Менликулов (Ташкент)
Д. К. Нажмитдинова (Ташкент)
М. Ш. Садыкова (Ташкент)
С. С. Саипов (Ташкент)
Р. И. Усманов (Ташкент)
В. П. Федотов (Днепропетровск)
Ш. А. Хамидов (Андижан)
Э. Х. Эшбаев (Ташкент)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ**ORIGINAL ARTICLES**

**ВИДОВОЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ПРИ ГНОЙНИЧКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ
КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ -
ПОЗИТИВНЫМ И ВИЧ - НЕГАТИВНЫМ
СТАТУСОМ**

Азизов Б.С., Исмаилова Г.А. 6

**СОДЕРЖАНИЕ ПРО- И
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЦИТОКИНОВ В ЖИДКОСТИ ИЗ
ГИДРОСАЛЬПИКСА У ЖЕНЩИН
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ**

*Аюпова Ф.М., Урозбаев У.Ж.,
Джуманиязов К.А. 9*

**ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО
САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ
НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Зухурова Н.К., Негмаджанов Б.Б., С. Аль Хури,
Тулаева Т.У., Фаттаева Ш.М. 12*

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ
СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Хайрутдинова Н.Х., Сахарова О.И.,
Мухамедова Ш.С., Бабаханова А.М.,
Султанов С.Н. 15*

**СУППОЗИТОРИИ ГЕНФЕРОН -
ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Уджуху В.Ю., Петрунин Д.Д.,
Кубылинский А.А., Казакова М.А. 18*

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
С ВОЛЧАНОЧНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ**

*Хайрутдинова Н.Х., Баратова М.Т.,
Файзырахманова М.М., Султанов С.Н. 21*

**ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТИВНЫХ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ,
ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЁМ АБДОМИНАЛЬНОГО
РОДРАЗРЕШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-
ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ**

Матлубов М.М. 24

**ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЕВ
ГЕНФЕРОН® У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

Ясин С.В., Кареева Н.В., Доброхотова Ю.Э. 27

**SPECIFIC SPECTRUM OF ORIGINATORS
AT PUSTULOUS LESIONS OF A SKIN AT
PATIENTS WITH A HIV - POSITIVE
AND A HIV - THE NEGATIVE
STATUS**

Azizov B.S., Ismailova G.A. 6

**CONTENT OF PRE - AND ANTIPHLOGISTIC
CYTOKINES IN LIQUID FROM
HYDROSALPINX IN WOMEN WITH
INFLAMMATORY PROCESS**

*Ayupova F.M., Urazbaev U.J.,
Jumaniyozov K.A. 9*

**INFLUENCE OF GESTATIONAL DIABETES
MELLITUS ON PREGNANCY, SORTS AND
STATE OF NEWBORNS**

*Zuhurova N.K., Negmadjanov B.B., S. Al Khoory,
Tulaeva T.U., Fattaeva Sh.M. 12*

**INVESTIGATION OF ADAPTIVE REACTIONS
OF HEMOSTASIS IN WOMEN WITH
HYSIOLOGICAL PREGNANCY IN A
POPULATION OF PREGNANT WOMEN IN THE
REGION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

*Khayrutdinova N.Kh., Saharova O.I.,
Mukhamedova Sh.S., Babakhanova A.M.,
Cultanov S.N. 15*

**GENFERON® SUPPOSITORIES - HIGH
EFFECTIVE COMPONENT IN COMPLEX
THERAPY OF UROGENITAL INFECTIONS**

*Udjuhu V.Y., Petrunin D.D., Kubilinskiy A.A.,
Kazakova M.A. 18*

**THE ROLE OF ANTIPHOSPHOLIPID
SYNDROME IN THE DEVELOPMENT OF
COMPLICATIONS OF PREGNANCY**

*Khairutdinova N.H., Baratova M.T.,
Fayzyrahmanova M.M., Cultanov S.N. 21*

**FEATURES OF ADAPTIVE PROPERTIES OF
THE NEW-BORN CHILDREN AFTER
ABDOMINAL DELIVERY IN THE
CONDITIONS OF COMBINED SPINAL-
EPIDURAL ANAESTHESIA**

Matlubov M.M. 24

**USE OF GENFERON® SUPPOSITORIES FOR
WOMAN WITH CHRONICAL INFLAMMATORY
DISEASES OF SMALL PELVIS**

Yasin S.V., Kareeva N.V., Dobrokhotova Yu.E. 27

ОБМЕН ОПЫТОМ

EXCHANGE OF EXPERIENCE

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНФЕРОНА И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Вaicov A.Ш., Султанов С.Н., Ваисов И.А., Мадаминова Л.М. 31

EXPERIENCE WITH GENFERONA AND LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF ANOGENITAL LESIONS OF VIRAL ETIOLOGY

Vaisov A.Sh., Sultanov S.N., Vaisov I.A., Madaminov L.M. 31

НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ОНАЛАР ЎЛИМИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ САБАБЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Жалолов Р. Қ. 33

MATERNAL MORTALITY - CAUSES AND RISK FACTORS IN NAMANGAN REGION

Jalolov R.Q. 33

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Саиджалилова Д.Д. 36

CLINIK ASPECTS OF MISSED ABORTION

Saidjalilova D. D. 36

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Аюпова Ф.М., Рахматуллаева М. М., Нигматова Г.М. 39

MICROBIOCYNOSIS OF VAGINA IN USING INTRA UTERUS CONTRACEPTIVES

Aupova F.M. Rahmatullaeva M.M., Nigmatova G.M. 39

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕФЛОКСА (ЛЕВОФЛОКСАЦИНА) ПРИ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИОЗА

Любан Б.Л., Назаров Р.А., Хашимов Ф.Ф., Акрамова Н.Ш., Ашуров И.Х. 41

PRELIMINARY STUDY OF THE EFFECTIVENESS LEFLOKSA (LEVOFLOXACIN) FOR TREATMENT OF CHLAMYDIA

Luban B.L., Nazarov R.A., Hashimov F.F., Akramova N.Sh., Ashurov I.H. 41

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Саруханова А.А., Давлетьянц Г.Л., Джураева Д.Т. 43

PREVENTION OF COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

Sarukhanov A.A., Davletyants G.L., Dzhuraeva D.T. 43

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕЛЕБНЫХ СВОЙСТВ МЕРТВОГО МОРЯ

Абрамова В.А. 47

SANATORIUM-RESORT THERAPY IN DERMATOLOGY POSSIILITY OF DEAD SEA CURATIVE PROPERTIES USING

Abramova V.A. 47

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРОЛА ПРИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЯХ

Хашимов Ф.Ф., Хамракулов С.С. 50

EXPERIENCE WITH THE USE OF VULGAR ACNE EROL

Khashimov F.F., Hamrakulov S.S. 50

ПРИНЦИПЫ ТОПИЧЕСКОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ У ДЕТЕЙ

Хайтов К.Н., Маннанов А.М., Тураходжаева Ф.В., Мухиддинова М.И. 51

THE PRINCIPLES OF TOPICAL STEROID THERAPY OF PSORIASIS IN CHILDREN

Khaitov K.N., Mannanov A.M., Turakhodjaeva F.V., Mukhiddinova M.I. 51

ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ У «ПРАКТИЧЕСКИ» ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК

Амонов И.И., Мавлонова Г. Ш., Зинovieв П.В. 54

CHARACTERISTICS OF THE CONTENT OF MICROELEMENTS IN THE BLOOD OF " ALMOST " HEALTHY GIRLS

Amonov I.I., Mavlonova G. S., Zinoviev P.V. 54

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛАЗЕРЫ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ <i>Ким Э.Г.</i> 58	SURGICAL LASERS IN AESTHETIC DERMATOLOGY <i>Kim E.G.</i> 58
КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТКИ, ЯИЧНИКОВ И ЭНДОМЕТРИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК И У ДЕВОЧЕК С ЮМК <i>Мавлонова Г. Ш., Хамдамова М. Т.</i> 64	CLINICAL AND SONOGRAPHIC FEATURES OF THE UTERUS, OVARIES AND ENDOMETRIUM IN HEALTHY GIRLS AND GIRLS WITH JUB <i>Mavlonova G.Sh. Khamdamov M. T.</i> 64
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ <i>Артыков А. Ф., Алиходжаев Р.</i> 68	FEATURES OF A CURRENT OF THE INFECTIONS TRANSFERRED BY A SEXUAL WAY AT PERSONS, SUFFERING WITH NARCOMANIA <i>Artikov A.F., Alihodjaev R.</i> 68
ТАТУИРОВКИ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА <i>Аллаева М. Д., Хашимова Э., Муратханова Д.А., Мусаева Н.Ш., Ким В., Абдувахитова И.Н.</i> 70	TATU: YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW <i>Allaeva M.D., Khashimova E., Muratxanova D.A., Musaeva N.Sh., Kim V., Abduvakhitova I.N.</i> 70
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА МЕЗОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ <i>Мусаева Н.Ш., Югай Т, Аллаева М.Д., Рихсиева М.Т., Абдувахитова И.Н.</i> 73	MESOTHERAPY IN DERMATOCOSMETOLOGY <i>Musaeva.N.Sh., Yugay T., Allaeva M.D., Rixsiev M.T., Abduvakhitova I.N.</i> 73
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕПИДЕРМ В ТЕРАПИИ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ ПРИ АКНЕ. <i>Абрамова В.А.</i> 76	APPLICATION EXPERIENCE OF DEPIDERM PREPARATION IN THERAPY OF POST- INFLAMMATORY POLYCHROMIA AT ACNE <i>Abramova V.A.</i> 76
ПИЛИНГ В КОСМЕТОЛОГИИ <i>Мусаева Н.Ш., Аллаева М.Д., Ни Н., Абдувахитова И.Н., Саипова Н.С., Имамов О.С.</i> 79	PILING IN COSMETOLOGY <i>Musaeva.N.Sh., Allaeva M.D., Ni.N., Abduvakhitova I.N., Saipova N.S., Imamov O.S.</i> 79
ТЕРМАЖ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ <i>Мусаева Н.Ш., Аллаева М.Д., Ким Ю., Рихсиева М.Т., Абдувахитова И.Н.</i> 82	TERMAGE IN DERMATOCOSMETOLOGY <i>Musaeva.N.Sh., Allaeva M.D., Kim Yu., Rixsiev M.T., Abduvakhitova I.N.</i> 82
АУТРИЧ - РАБОТА - ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП <i>Вайсов А. Ш., Агзамходжаева С.С., Бекмуратова Э.Э., Муратханова Д. А., Аллаева М.Д., Артыков А. Ф.</i> 84	AUTRICH - WORK - ONE OF FORMS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF DISEASES SEXUALLY TRANSMITTED <i>Vaisov A. Sh., Agzamhodjaeva S.S., Bekmuratova E.E., Murathanova D. A., Allaeva M. D., Artikov A. F.</i> 84
МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЁ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ <i>Жалолов Р.К.</i> 87	MULTIPLE PREGNANCY AND ITS PERINATAL RESULTS <i>Jalolov R.Q.</i> 87
<u>ОБЗОР</u>	<u>REVIEW</u>
КАНДИДОЗНЫЕ ВУЛЬВОВАГИНИТЫ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА (обзор литературы) <i>Маматкулова М.Д., Негмаджанов Б.Б., Шамсиева М.Ш.</i> 90	VULVOVAGINAL CANDIDIASIS IN PATIENTS AFTER SIGMOID KOLPOPOEZA (literature review) <i>Mamatkulova M.D., Negmadjanov B.B., Shamsieva M.Sh.</i> 90

К МЕТОДАМ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА (обзор литературы) <i>Закиров Р.Р.</i> 93	TO TREATMENT METHODS OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS (literature review) <i>Zakirov R.R.</i> 93
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ (литературный обзор) <i>Ташкенбаева У. А.</i> 96	AETIOLOGIC ROLE OF THE INFECTION IN DEVELOPMENT OF ALLERGIC VASCULITIS (literature review) <i>Tashkenbaeva U. A.</i> 96
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (литературный обзор) <i>Сиразитдинова В.Ф.</i> 98	THERAPY OF HERPETIC INFECTION (literature review) <i>Sirazitdinova V.F.</i> 98
<u>ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ</u>	<u>TO THE GENERAL PRACTITIONER</u>
МИГРЕНЬ У ЖЕНЩИН <i>Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р.</i> 101	MIGRAINE IN WOMEN <i>Azimova J.E., Tabeeva G.R.</i> 101
РОЛЬ И МЕСТО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Пономарева Л.А., Дравских И.К., Казаков Э.К.</i> 106	ROLE AND PLACE PREVENTION IN GENERAL PRACTITIONERS <i>Ponomareva L.A., Drawsko I.K., Kazakov E.K.</i> 106
РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МНЕНИЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОБСЛУЖИВАЕМЫМИ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТАХ <i>Менликулов П.Р., Рахматуллаева Ф.Н.</i> 108	THE RESULTS OF THE SURVEY ON THE VIEWS OF CHILDBEARING AGE WOMEN SERVED BY GENERAL PRACTITIONERS DOCTOR'S IN THE RURAL HEALTH UNITS <i>Menlikulov P.R., Rakhmatullaeva F.N.</i> 108
ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ <i>Шайхова Г.И., Саломова Ф.И., Азизова Ф.Л.</i> 111	LUNG FUNCTION, SCHOOLCHILDREN WITH CARRIAGE DISORDERS <i>Shayhova G.I., Salomova F.I., Azizova F.L.</i> 111
<u>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</u>	<u>CASE REPORT</u>
СЛУЧАЙ ПЕЛЛАГРОЗНОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНОГО С ПСОРИАЗОМ <i>Бекмуратова Э. Э., Рахимов С. С.</i> 115	A CASE OF COMBINATION PELLAGROSA DERMATITIS WITH PSORIASIS WAS DESCRIBED <i>Bekmuratova E. E., Rakhimov S. S.</i> 115
СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРТОРЕЛЛЫ <i>Ваисов А.Ш., Хашимов Ф.Ф., Ходжаева Н.Б.</i> 117	CASE SYNDROME MARTORELL <i>Vaisov A. SH., Hashimov F. F., Hodjaeva N. B.</i> 117
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЛИМФОПАЗИИ КОЖИ <i>Ваисов А.Ш., Хахутадзе Н. А.</i> 119	CLINICAL CASE THE SAFE LIMFOPAZIYA OF SKINS <i>Vaisov A.Sh., Hahutadze N.A.</i> 119
Юбилей 121	
Единые требования к рукописям 122	

ВИДОВОЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ГНОЙНИЧКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ – ПОЗИТИВНЫМ И ВИЧ – НЕГАТИВНЫМ СТАТУСОМ

Азизов Б.С., Исмаилова Г.А.
Ташкентская медицинская академия.
Кафедра кожных и венерических болезней

ОИВ – мусбат ва манфий статусли беморлардаги терининг йирингли касалликлар кўзгатувчиларининг турлари

Азизов Б.С., Исмаилова Г.А.

Ушбу мақолада йирингли тери касалликлари бўлган ОИВ – мусбат ва манфий беморлар орасида ўтказилган текширув натижалари келтирилган. Кўзгатувчиларнинг турига хос спектри, пиодермияларда бактерияларнинг учраш миқдори аниқланган.

Specific spectrum of originators at pustulous lesions of a skin at patients with a HIV – positive and a HIV – the negative status

Azizov B.S., Ismailova G.A.
The Tashkent Medical Academy.

The Chair of Dermatological and Venerologic diseases

In this article results of researches spent among a HIV – negative and positive persons with pustulous diseases of a skin are represented. The specific spectrum of originators, frequency of occurrence of bacteria is defined at pyodermas.

В последние годы мы становимся свидетелями роста инфекционных заболеваний. Причина тому изменение свойств возбудителей с одной стороны и снижение реактивности макро-организма с другой (1, 2, 3, 6). Безусловно, одним из ведущих факторов возникновения иммунодефицитных состояний является ВИЧ инфекция. У ВИЧ инфицированных больных мы наблюдаем высокий процент заболеваемости инфекционной природы, атипичное, злокачественное течение, резистентность к проводимой терапии. Также описаны случаи развития редких дерматозов(4, 5).

Цель. Определить видовой спектр возбудителей при гнойничковых поражениях кожи у больных с ВИЧ – позитивным и ВИЧ – негативным статусом.

Материал и методы. Нами обследовано 124 пациентов, находившихся на стационарном лечении в НИИ вирусологии МЗ Республики Узбекистан, с бактериальными поражениями кожи в различных клинических стадиях ВИЧ – инфекции и 70 с пиодермиями не инфицированные ВИЧ. Среди обследованных больных с ВИЧ инфекцией отмечали преобладание лиц мужского пола –

76 человек. В возрасте с 6 до 14 лет – 2, с 15 до 21 года – 23, с 22 до 40 лет – 72, с 41 до 55 лет 19, старше 56 лет – 8 человек. На долю городских жителей пришлось более 78% от общего числа больных находившихся под наблюдением. У основной части больных находившихся на стационарном лечении диагностировали третью клиническую стадию (65), у 25 - вторую клиническую стадию и у 34 - четвертую терминальную стадию ВИЧ. На период обследования выявлены следующие заболевания кожи бактериальной природы: у ВИЧ инфицированных больных с первичными пиодермиями – у 9 пациентов вульгарный сикоз, 17 случаев фурункулёза, 6 гидраденита, карбункул у 4 больных, импетиго у 14 больных (щелевидное у 4, буллёзное у 7, поверхностный панариций у 1 больного), эктима выявлена у 7, хроническая язвенная пиодермия у 2 больных, рожистое воспаление у 2 больных.

Показатели CD4 Т лимфоцитов не превышали 400/мкл, при норме, в среднем - 1000/мкл. Из общего числа пациентов только у 8% CD4 клеток составляло 300-400/мкл, у остальных более - 300/мкл, что тоже в свою оче-

Уважаемые коллеги!

Учитывая обращение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 8.10.2009г. № 84-8/100 с января 2010г, редакция журнала «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья», открывает новую рубрику «Врача Общей Практики», где будут освещаться вопросы научного обоснования оказания первой врачебной помощи населению, института врача общей практики и организации деятельности сельских врачебных пунктов, семейных поликлиник.

Редакция приглашает принять участие в работе журнала уважаемых профессоров и преподавателей кафедр врача общей практики, социальной гигиены и организации здравоохранения

медицинских ВУЗов, Ташкентского института усовершенствования врачей, организаторов здравоохранения и практических врачей, занимающихся вопросами реформ в первичном звене здравоохранения.

Требования к рукописям публикуются в каждом номере журнала

По интересующим вопросам обращаться:
Тел: (3712), 255-23-50, 441-81-82, 244-06-33
E-mail: dermatol47@mail.ru

Главный редактор журнала
«Дерматовенерологии
и репродуктивного здоровья»
проф. А.Ш. Ваисов

редь является показателем тяжести заболевания.

На фоне выраженного иммунодефицита клиническая картина пиодермий менялась по сравнению с неинфицированными больными. Так больные с вульгарным сикозом, фурункулезом, стрептококковой эктимой и хронической язвенной пиодермией отмечали лишь незначительное улучшение после проведенной ранее терапии и непрерывное обострение патологического процесса в течении последнего года. Эти больные находились в 3 и 4 стадии ВИЧ, а показатели CD4 клеток составляли менее 300/мкл.

Таким образом, среди ВИЧ инфицированных больных преобладали лица мужского пола (61%) в возрасте от 22 до 40 лет (49,3%). Так же очевидно, что тяжесть течения ВИЧ/СПИДа возрастала прямо пропорционально увеличению числа больных с хроническими, глубокими пиодермиями. У обследованных больных после начала АРВТ отмечалось увеличение показателей CD4 клеток (более 400/мкл), а специфическое лечение пиодермий способствовало клиническому и бактериологическому излечению.

У всех обследованных больных изучена микрофлора поражённых очагов кожи. Микроорганизмы идентифицировали в соответствии с рекомендациями (Определителя бактерий Берджи) [8]. Выделено и идентифицировано 307 штаммов бактерий и грибов. Больные были разделены на группы по следующим показателям:

1. Больные с первичными пиодермиями (ПП) - с фолликулитами, вульгарным сикозом, фурункулами, карбункулами, гидраденитом, вульгарными импетиго и эктимами, ВИЧ – негативные – 37;

2. Больные с вторичными пиодермиями (ВП) - нейродермит, детской чесотки, чесотки взрослых, себорейные дерматиты, алергодерматиты, токсикодермии, красный плоский лишай и другие осложнённые вторичной бактериальной инфекцией, ВИЧ - негативные – 33;

3. С первичными пиодермиями у ВИЧ позитивных больных (ПП с ВИЧ) – 63;

4. С вторичными пиодермиями у ВИЧ позитивных больных (ВП с ВИЧ) – 61.

Результаты исследования. Анализ микробиологических исследований показал, что во всех клинических группах, чаще, высевались *Staphylococcus aureus* (ПП без ВИЧ - 17 штаммов (42,5%), ВП без ВИЧ – 15 штаммов (30,6%), ПП с ВИЧ - 23 штаммов (22,1%), ВП с ВИЧ – 22

штаммов (19,3%)). *Streptococcus haemolyticus* (ПП без ВИЧ - 16 штаммов (40%), ВП без ВИЧ – 12 штаммов (24,3%), ПП с ВИЧ - 24 штаммов (23,2%), ВП с ВИЧ – 7 штаммов (6,1%)) (табл. 1). По результатам исследований можно отметить высокую частоту высеваемости *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus haemolyticus* у лиц не инфицированных ВИЧ как с первичными так и с вторичными пиодермиями с дальнейшим снижением штаммов у аналогичных больных с ВИЧ. Штаммы *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.*, *Proteus sp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Diphtheroids sp.* напротив в меньшей мере высевались в культурах больных первичными и вторичными пиодермиями не инфицированных ВИЧ, а у больных с первичными и вторичными пиодермиями инфицированными ВИЧ отмечался рост этих культур (табл. 1), что, по-видимому, напрямую зависит от реактивности организма, значительно снижающейся у больных с ВИЧ/СПИД. Штаммы *Proteus sp.* и *Diphtheroids sp.*, считающиеся сапрофитами, не высевались при первичных и вторичных пиодермиях у больных без ВИЧ инфекции, а у больных с первичными и вторичными пиодермиями высевались: *Proteus sp.* 2,9% и 7% соответственно и *Diphtheroids sp.* 3,8% и 11,4% соответственно.

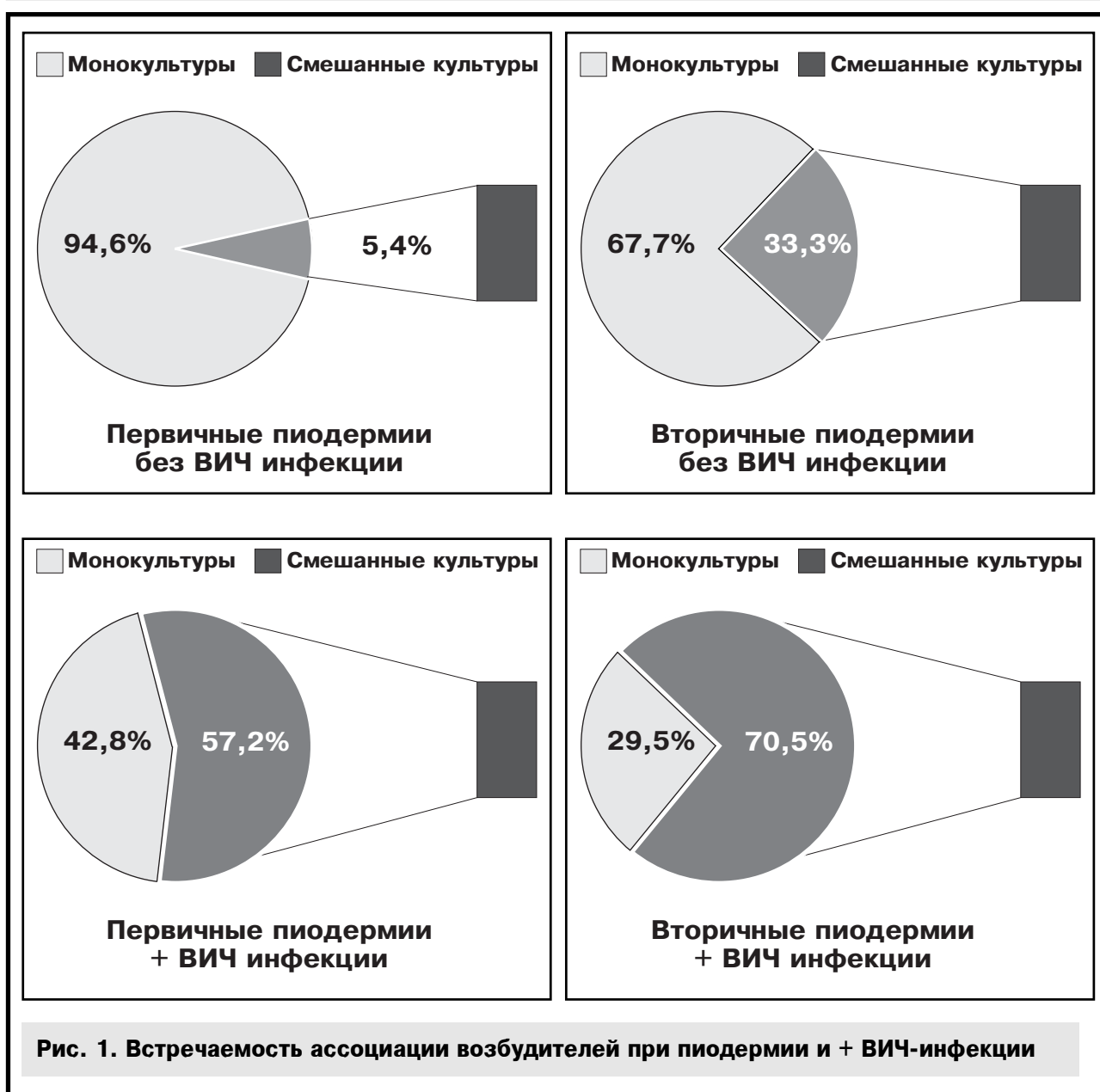
Микробный пейзаж выделенных культур включал 307 штаммов бактерий, принадлежащих к 10 родам и 34 видам. Преобладающим видом оказался грамположительный стафилококк — *Staphylococcus aureus* (ПП без ВИЧ - 17 штаммов (42,5%), ВП без ВИЧ – 15 штаммов (30,6%), ПП с ВИЧ - 23 штаммов (22,1%), ВП с ВИЧ – 22 штаммов (19,3%)) и *Streptococcus haemolyticus* (ПП без ВИЧ - 16 штаммов (40%), ВП без ВИЧ – 12 штаммов (24,3%), ПП с ВИЧ - 24 штаммов (23,2%), ВП с ВИЧ – 7 штаммов (6,1%)). Необходимо отметить, что, по данным литературы, именно перечисленные виды, являются этиологически значимыми при пиодермиях [1, 2, 3, 5]. Реже высевались *Staphylococcus epidermidis* и *Streptococcus sp.*

Исследования показали, что спектр возбудителей пиодермий в моно- и смешанных культурах был различным во всех группах пациентов. Так, в группе с первичными пиодермиями у ВИЧ – негативных больных монокультура определялась в 94,6%, а смешанная культура - 5,4% случаев, в группе с вторичными пиодермиями у ВИЧ – негативных больных монокультура высевалась в 67,7%, а смешанная в - 33,3% случаев. В группе ВИЧ

Встречаемость возбудителей пиодермий у больных с ВИЧ – негативным и позитивным статусом (до лечения).

Таблица 1.

№	Показатели	ПП без ВИЧ инфекции n = 37		ВП без ВИЧ инфекции n = 33		ПП + ВИЧ инфекции n = 63		ВП + ВИЧ инфекции n = 61	
		abc	в %	abc	в %	abc	в %	abc	в %
1	<i>Staphylococcus aureus</i>	17	42.5	15	30.6	23	22,1	22	19.3
2	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	4	10.0	8	16.3	14	13,5	8	7.0
3	<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	-		2	4.15	2	1,90	6	5.3
4	<i>Streptococcus haemolyticus</i>	16	40.0	12	24.3	24	23,2	7	6.1
5	<i>Streptococcus sp.</i>	3	7.5	5	10.2	6	5,8	23	20.2
6	<i>Escherichia coli</i>	-		2	4.1	9	8,6	5	4.4
7	<i>Klebsiella sp.</i>	-		1	2.15	4	3,8	4	3.5
8	<i>Proteus sp.</i>	-		-	-	3	2,9	8	7.0
9	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-		4	8.2	15	14,4	18	15.8
10	<i>Diphtheroids sp.</i>	-		-	-	4	3,8	13	11.4
	Всего выделенных штаммов	40	100	49	100	104	100	114	100



инфицированных больных с первичными пиодермиями монокультура определена в 42,8%, а смешанная - в 57,2% случаев. В группе ВИЧ инфицированных с вторичными пиодермиями монокультура определена в 29,5%, а смешанная - в 70,5% случаев.

Выводы. Таким образом, у всех больных с гнойничковыми поражениями кожи определяется достаточно широкий спектр возбудителей, частота высеиваемости которых зависит как от ВИЧ-статуса пациента, так и от клинической формы пиодермии. Причём, у ВИЧ - позитивных пациентов с первичными пиодермиями частота высеиваемости возбудителей в смешанных культурах значительно превышает (в 10 раз) таковой показатель у ВИЧ - негативных пациентов. Такая же тенденция сохраняется при анализе высеиваемости возбудителей у пациентов со вторичными пиодермиями. Однако, при этом у ВИЧ - позитивных больных частота высеиваемости смешанных культур возрастает в 2,5 раза.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности синергизма ассоциативных форм микрофлоры в развитии пиодермий у ВИЧ/СПИД больных.

Литература

1. ВИЧ-инфекция в Узбекистане / Ш.Х. Якубов, М.И. Давидян, М.В. Залялиева и др. // Журн. Теоретич. И клинич. Медицины. - 2000. - № 6. - с. 123
2. Иммуитет при ВИЧ-инфекции / Залялиева М.В. // Журн. Теоретич. И клинич. Медицины. - 2004. - № 1. - с. 85-91.
3. Состояние иммунитета у ВИЧ-инфицированных / М.В. Залялиева, М.И. Давидян, Р.М. Рузибакиев // Журн. Теоретич. И клинич. Медицины. - 2002. - № 3. - с. 41-43.
4. Budavari JM, Grayson W. Papular follicular eruptions in human immunodeficiency virus-positive patients in South Africa. *Int J Dermatol.* 2007 Jul;46(7):706-10.
5. Vitous A, Hobstovb J. Infectious diseases in problem drug users hospitalized in the infectious ward of the Motol University Hospital in 2002-2005 *Klin Mikrobiol Infekc Lek.* 2007 Apr;13(2):70-5.
6. Tan HH, Tan A, Theng C, Ng SK. Cutaneous *Mycobacterium haemophilum* infections in immunocompromised patients in a dermatology clinic in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2004 Jul;33(4):532-6.

СОДЕРЖАНИЕ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ЖИДКОСТИ ИЗ ГИДРОСАЛЬПИКСА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

*Аюпова Ф.М., Урозбаев У.Ж., Джуманиязов К.А.
Ташкентская медицинская академия*

Яллигланиш касалликлари бўлган аёлларда яллигловчи ва яллигланишга қарши цитокинларни гидросальпикс суюқлигида аниқлаш

Аюпова Ф.М., Урозбаев У.Ж., Джуманиязов К.А.

Аёллар бепуштлигида асосий ўринни бепуштлиқнинг бачадон найларининг перитонеал формаси эгаллаган ва яллигланишга қарши медиаторларнинг фаолашишига олиб келади. Гидросальпикс суюқлигида яллигловчи цитокинлар (IL1 β , IL6, TNF- α), TH1 (IF γ , IL2) цитокинлар ва cHSP60 қарши антитаналар миқдори ошади. Аёлларда бачадон найларининг бепуштлигида яллигловчи ва яллигланишга қарши цитокинларни маҳаллий аниқлаш кам ўрганилган. Бу эса қон хужайралари, бириктирувчи тўқима эндотелиялари ва эпителийси билан бирга цитокинлар маҳаллий ҳимоя реакциясини бошқаради.

Content of pre - and antiphlogistic cytokines in liquid from hydrosalpinx in women with inflammatory process

Ayupova F.M., Urazbaev U.J., Jumaniyozov K.A.

Salpinx peritoneal form takes the leading place in the structure of women sterility, putting into activity pre-inflammatory mediators. The content of inflammatory cytokines (IL1 β ,IL6,TNF- α), cytokines TH1 (IF γ ,IL 2) and antibodies to cHSP60 in liquid from hydrosalpinx has been significantly increased. Study of the role of pre - and antiinflammatory cytokines at local stage of tube sterility in women has been not studied enough. Cytokines regulate development of local defence reactions in tissues with various types of blood cells, connective tissue endothelium and epithelia.

Проблема бесплодия в браке приобретает все большее медико-социальное значение. Частота ее по данным различных авторов составляет 13-20% и не имеет тенденции к снижению (3,4,6). Наиболее частыми причинами непроходимости маточных труб являются следующие состояния: заболевания, передаваемые половым путём, эндометриоз, перенесенные ранее воспалительные заболевания органов малого таза, рубцовые деформации вследствие перенесённых операций на органах малого таза и брюшной полости, внутриматочные манипуляции, в том числе диагностические выскабливания полости матки, гидротубации маточных труб, врождённые пороки развития, миома. Ведущее место в структуре женского бесплодия занимает трубно-перитонеальная форма. Эффективность ее лечения значительно ниже эндокринного и составляет в среднем 20-25%, что требует оперативного вмешательства и использования вспомогательных репродуктивных технологий (2, 5).

Следует сказать, что при наличии воспаления запускается каскад иммунологических реакций, запускающий активизацию провоспалительных медиаторов. Установлено, что в жидкости из гидросальпикса содержание воспалительных цитокинов (IL1 β , IL6, TNF- α), цитокинов TH1 (IF γ , IL2) и антител к cHSP60 значительно возрастает. По мнению авторов, иммунологический и биохимический дисбаланс трубного секрета оказывает резкое сперматотоксическое воздействие, нарушая миграцию сперматозоидов. Вместе с тем, исследования по изучению роли про- и противовоспалительных цитокинов на локальном уровне при трубном

бесплодии у женщин не многочисленны и разноречивы.

Цель исследования: изучение про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови у женщин с трубным бесплодием и коррекция выявленных нарушений новым классом нестероидных противовоспалительных средств.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели нами обследованы 49 женщин с трубным бесплодием родильного дома №9 г. Ташкента и 16 практически здоровых лиц в возрасте от 23 до 36 лет. Все больные прошли клинико-лабораторное обследование (УЗИ, гистеросальпингография, гормональное обследование, урогенитальные инфекции). Диагноз трубно-перитонеального бесплодия ставился на основании данных гистеросальпингографии и подтверждался при проведении диагностической и оперативной лапароскопии. Гистеросальпингография проводилась после обследования на урогенитальные инфекции и санации в случае необходимости на 8-9 день менструального цикла с использованием водорастворимых контрастов. Диагностическая и оперативная лапароскопия проводилась в первую фазу менструального цикла при помощи эндоскопического оборудования фирмы «Karl Shtorz» (Германия), видеотелевизионной установки фирмы «Sony» (Япония).

В зависимости от послеоперационных реабилитационных мероприятий лечения все женщины были разделены на 2 группы: группу сравнения составили 23 женщин, получавших традиционную терапию, основную группу составили 26 пациентов, получав-

ших неспецифический противовоспалительный препарат (НПВП) наклофен.

При поступлении и после лечения в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа исследовали уровень интерлейкинов (IL1 β , IL4, IL6, IL8) и фактор некроза опухоли-альфа (ФНО- α) на иммуноферментном анализаторе фирмы «Stat-Fax» (США) с использованием набора тест-систем, производимых фирмой ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Содержание их выражали в пг/мл. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали значительную активизацию выброса медиаторов воспаления у женщин с трубным бесплодием (рис.1). Так, если содержание IL1 β , IL6, IL8 и ФНО- α достоверно возрастало в 4,3; 5,18; 3,14 и 5,34 раза относительно значений контрольной группы женщин. Причем, степень выраженности их была разной, в частности более резко возрастал уровень IL6 и ФНО- α , по сравнению с IL8. Уровень IL4 имел лишь тенденцию к снижению. Полученные результаты свидетельствуют о наличии воспалительных процессов в организме обследованных женщин.

Согласно данным литературы, цитокины в первую очередь регулируют развитие местных защитных реакций в тканях с участием различных типов клеток крови, эндотелия соединительной ткани и эпителиев (121,138,143,180). Воспаление развивается в ответ на повреждение и проникновение в ткани патогенов при участии провоспалительных цитокинов, к которым относятся IL1, IL6 и ФНО- α , хемокины и некоторые другие цитокины. Перечисленные цитокины синтезируются в очаге воспаления главным образом макрофагальными клетками, активированными компонентами клеточной стенки патогенов, а также в ответ на повреждение тканей.

Можно предположить, что высокий уровень провоспалительных цитокинов, наблюдаемый нами у женщин с трубным бесплодием поддерживает сохранение очага воспаления, гиперплазию и гипертрофию гладкомышечных клеток. Одновременно провоспалительные цитокины активируют метаболизм соединительной ткани, стимулируют пролиферацию фибробластов и клеток эпителия, что чрезвычайно важно для заживления и восстановления целостности ткани, но и способствует развитию спаечных процессов при их выраженной экспрессии (108,113,186). Это диктует необходимость включения ингибиторов провоспалительных цитокинов.

Применение обычной антибактериальной в период послеоперационной реабилитации (группа сравнения) способствовало снижению уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови женщин (табл.). Так, уровень IL1 β , IL6, IL8 и ФНО- α достоверно снизился в 1,57; 1,78; 1,34 и 1,35 раза соответственно относительно исходных значений. Однако вышеперечисленные показатели все еще статистически значимо превышали нормативные значения в 2,76; 2,96; 2,32 и 1,99 раза соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о сохранении очагов воспаления в реабилитационный период лапароскопического сальпинголизиса и сальпингостомии.

В последние годы в оперативной гинекологии широкое применение находят НПВП, основным механизмом которых является селективное ингибирование циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2). Включение в комплекс реабилитационных мероприятий наряду с антибиотиками НПВП более существенно снижало содержание провоспалительных цитокинов. Так, относительно исходных значений уровень IL1 β , IL6, IL8 и ФНО- α достоверно снизился в 2,38; 3,48; 1,99 и 1,86 раза, по сравнению с показателями группы сравнения - в 1,55; 2,02; 1,46 и 1,41 раза соот-

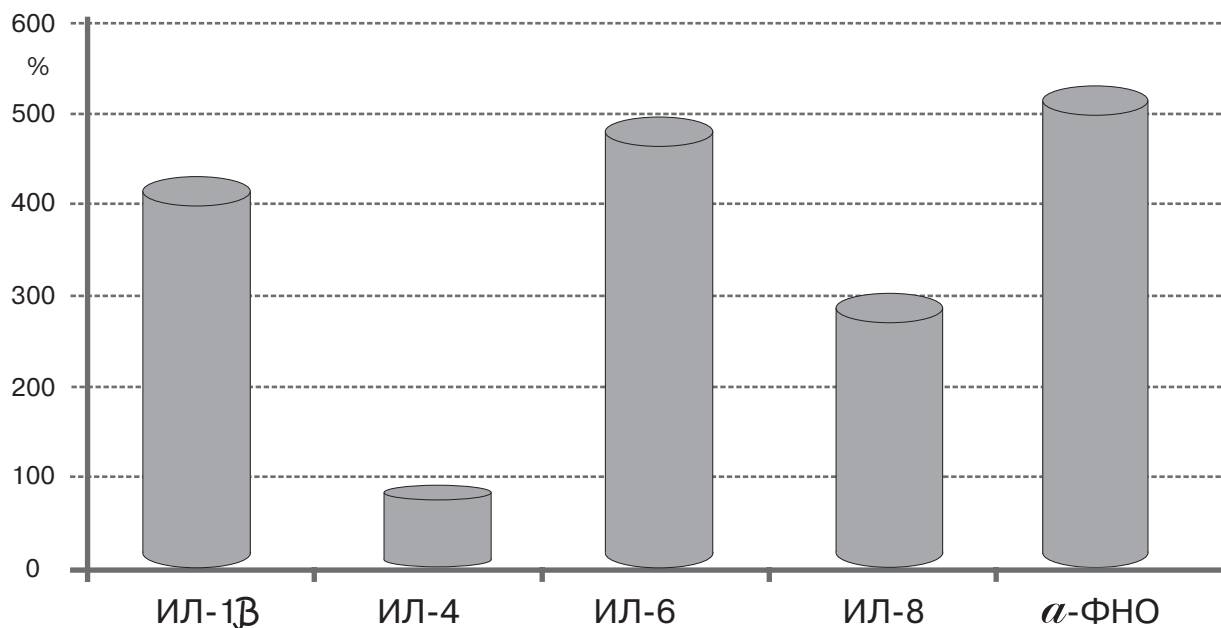


Рис.1. Изменение содержания цитокинов в сыворотке крови женщин с трубным бесплодием в процентах относительно нормативных величин.

ветственно. Несмотря на такие положительные сдвиги вышеперечисленные показатели достоверно превышали значения практически здоровых женщин в 1,77; 1,47; 1,59 и 1,42 раза, соответственно.

Терапевтическое действие НПВП связано со способностью ингибировать ЦОГ-2, а подавление синтеза ЦОГ-1, ответственной за продукцию простагландинов, участвующей в физиологических функциях организма, определяет возможные побочные эффекты этих препаратов. Эти положения легли в основу разработки нового класса НПВП - ЦОГ-2-селективных препаратов (мелоксикам, нимесулид, целекоксиб), эффективность которых при хронических воспалительных заболеваниях хорошо известна клиницистам. В отличие от других НПВП, блокирующих только ферментативную активность ЦОГ, нимесулид в терапевтических дозах проявляет так называемый «алло-эффект», ингибируя экспрессию и синтез ЦОГ-2. Наибольший интерес представляет тот факт, что наряду с ингибцией ЦОГ, нимесулид обладает широким спектром ЦОГ-независимых эффектов, которые могут определять его противовоспалительную и анальгезирующую активность (1).

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. У женщин с трубным бесплодием отмечается резкая экспрессия провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, особенно IL6 и ФНО- α , тогда как уровень IL4 имел лишь тенденцию к снижению.

2. Послеоперационные реабилитационные мероприятия снижают высокий уровень провоспалительных цитокинов, однако содержание их все еще достоверно превышает показатели практически здоровых женщин.

3. Включение в комплекс послеоперационных реабилитационных мероприятий НПВП, ингибируя ЦОГ-2, замедляет экспрессию провоспалительных цитокинов как по сравнению с исходными показателями, так и группы сравнения.

Литература:

1. Балабанова Р.М. Нимесулид - противовоспалительный препарат с селективным ингибированием ЦОГ-2. //РМЖ. - 2001.- Т.9, №15. - с. 291-292.

2. Гаспаров А.С, Волков Н.И., Гатаулина Р.Г., Меликян А.Г. Трубно-перионатальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции -1999 - №2 - с. 43-44.

3. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. Значение лапароскопии в клинике бесплодия структура и частота патологии, эффективность лечения.// Проблемы репродукции - 1996 - №2 - с. 35-37.

4. Кулаков В.И.Репродуктивное здоровье проблемы, достижения и перспективы.// Проблемы репродукции - 1999 - №2 - с. 6-9.

5. Насонов Е.Л. Эффективность и переносимость нестероидного противовоспалительного препарата. Нимесулид: новые данные. //Русский медицинский журнал. - 2001. - Т.9, №15. - с.1-9.

6. Пшеничникова Т.Я., Сухих Г.Т. Бесплодный брак // Акушерство и гинекология - 1994 - №4 - с. 57-59.

Таблица

Содержание цитокинов в сыворотке крови женщин с трубным бесплодием в процессе лечения, M+m

Показатели, пг/мл	Контрольная группа, n=16	Основная группа, n=26		Группа сравнения, n=23	
		До лечения	После	До лечения	После
ИЛ-1 α	36,1 \pm 0,77	153,5 \pm 3,80***	64,5 \pm 1,19*** $\wedge\wedge\wedge$	157,1 \pm 3,66***	99,8 \pm 5,32*** $\wedge\wedge\wedge$ ●●
ИЛ-4	39,6 \pm 0,59	36,1 \pm 0,55***	39,6 \pm 0,39 $\wedge\wedge$	35,9 \pm 0,50***	37,6 \pm 0,45 \wedge ●●
ИЛ-6	7,3 \pm 0,14	37,2 \pm 0,51***	10,7 \pm 0,36*** $\wedge\wedge\wedge$	38,4 \pm 0,54***	21,6 \pm 1,09*** $\wedge\wedge\wedge$ ●●
ИЛ-8	39,6 \pm 0,57	124,9 \pm 1,67***	62,9 \pm 1,44*** $\wedge\wedge\wedge$	123,4 \pm 1,84***	91,8 \pm 1,70*** $\wedge\wedge\wedge$ ●●
α -ФНО	44,3 \pm 0,64	116,9 \pm 3,05***	62,7 \pm 1,40*** $\wedge\wedge\wedge$	119,5 \pm 3,60***	88,4 \pm 2,43*** $\wedge\wedge\wedge$ ●●

Примечание:

* - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, *** - P<0,001); \wedge - различия относительно данных до лечения значимы (\wedge - P<0,05, $\wedge\wedge$ - P<0,001); ● - различия относительно данных основной группы значимы (●● - P<0,01, ●●● - P<0,001)

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Зухурова Н.К., Негмаджанов Б.Б., С. Аль Хури (Госпиталь Аль-Бараха, Дубай), Тулаева Т.У., Фаттаева Ш.М.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета СамМИ

Гестацион қандли диабетнинг ҳомиладорликка, туғруққа ва чақалоққа таъсири ва кечиши

Зухурова Н.К., Негмаджанов Б.Б., С. Аль Хури (Госпиталь Аль-Бараха, Дубай), Тулаева Т.У., Фаттаева Ш.М.

20-50 ёшдаги 267 нафар ҳомиладор аёл гестацион қандли диабет билан текширилди. Даволашга ҳомиладорга метформин препарати қўлланилди. Инсулин билан даволанган аёлларда яхшиланган кузатилди. Аммо Метформин билан даволанувчи ҳомиладорларнинг умумий аҳоли ва қондаги глюкоза миқдори сезиларли яхшиланганлиги кузатилди, туғруқ аёл ва бола учун муваффақиятли кечиш имконияти ошди. Шунинг учун кузатувлар натижасида Метформин таъсири кучлироқ бўлганлиги сабабли, шу препаратга устунлик берилди.

Influence of gestational diabetes mellitus on pregnancy, sorts and state of newborns

Zuhurova N.K., Negmadjanov B.B., S. Al Khoory (Hospital Al-Baraha, Dubai), Tulaeva T.U., Fattaeva Sh.M.

The study included 267 pregnant women with gestational diabetes mellitus aged 20-50 years. For the correction were applied drugs Metformin and insulin. After treatment of pregnant women treated for insulin began to feel better. But pregnant women treated with metformin, in contrast to pregnant women treated with insulin showed a marked improvement in general condition and blood glucose, increased the chances for successful outcomes, both for mother and baby. Observations showed that treatment with metformin more efficient, so this observation is that the drug was preferred.

Благополучный исход и успешное родоразрешение больных гестационным сахарным диабетом, как для матери, так и для ее ребенка полностью зависит от умелого ведения беременной на протяжении всего срока беременности. Гестационный сахарный диабет, или диабет беременных - это состояние нарушенной толерантности к глюкозе, впервые диагностированное во время беременности и исчезающее после родов. Его причиной является сниженная чувствительность клеток к собственному инсулину (инсулинорезистентность) связано с высоким содержанием в крови гормонов беременности [1,3].

Гестационным диабетом называют диабет, проявляющийся у беременных женщин в период вынашивания. Период беременности является сильным физиологическим стрессом для клеток поджелудочной железы. Даже если вынашивание проходит нормально, приблизительно с 20 недели чувствительность клеток к инсулину постепенно уменьшается, а секреция инсулина после приема пищи существенно увеличивается (особенно в третьем триместре) [2,6].

В процессе ведения беременных с ГСД следует придерживаться следующих принципов. Необходимо совместное ведение беременной акушером-гинекологом и эндокринологом, обучение ее самоконтролю уровня глюкозы крови и подбору дозы инсулина. Женщина должна соблюдать режим физической активности и избегать физических и эмоциональных перегрузок. Ежедневная умеренная нагрузка способствует снижению уровня глюкозы плазмы и потребности в инсулине, в то время как резкие изменения физичес-

кой активности могут привести к декомпенсации ГСД. Женщины с ГСД должны придерживаться индивидуально разработанной диеты, полностью покрывающей потребности матери и плода. Они должны получать в достаточном количестве витамины, микроэлементы [4,5].

Нами выполнена совместная работа по выявлению и ведению больных с ГСД. Ретроспективному анализу были подвергнуты 267 истории родов беременных женщин с ГСД по материалам акушерского отделения государственного госпиталя «Аль Бараха», Самаркандского родильного комплекса №3, Ургутской ЦРБ за период 2008-2009 г, отобранные из общего количества родов 6994, что составило 3,56%.

Распределения беременных с ГСД по возрасту представлены в таблицы

Распределения беременных с ГСД по возрасту.

Возраст (в годах)	Абс. число	%
до 20	2	0,7
21-25	29	10,9
26-30	78	29,2
31-35	75	28,1
36-40	58	21,7
41-45	20	7,5
46-50	5	1,9

Большую часть беременных ГСД составили женщины в возрасте 26-40 лет - 211 (79%).

У 58 (21,7%) беременных ГСД в анамнезе наблюдался диабет беременных в предыдущих беременностях.

Жительницы Азии (Индия, Пакистан) составили большую часть беременных ГСД - 168 (62,92%).

Наследственность была отягощена сахарным диабетом у 79 (29,59%) беременных у 45 (16,85%) СД отмечался у матерей, а у 34 (12,73%) - у отцов.

Среди беременных ГСД 61 (22,85%) были первородящие, из которых у 43-х данная беременность была первой, а у 18 отмечались самопроизвольные аборты до первых родов. До 3-х родов в анамнезе было у 139 (52,06%), а у 23-х (8,61%) женщин 4-5 родов, у 25 (9,36%) женщин по 6-10 родов, и лишь у одной (0,4%) беременной было более 10 родов.

У большинства 217 (81,27%) беременных ГСД контролировался диетой, а у 32 (11%) женщин сахар крови нормализовался назначением инсулина.

Беременности закончились нормальными влагалищными родами у 187 (70,04%) беременных (1 роды двойней), у 15 (5,62%) - вакуум экстракцией, у 46 (17,23%), роды закончились кесаревым сечением, лишь одни (0,4%) роды наложением акушерских щипцов. Показанием к кесареву сечению были: в 18 наблюдениях - кесарево сечение в предыдущих родах; 11 наблюдений - обструкция родов, 7 наблюдений - внутриутробной гипоксии плода, 5 наблюдений - тазовое предлежание плода, 3 наблюдениях - безуспешная стимуляция родов, 1 наблюдение неудачный вакуум экстракции и в 1 наблюдении у беременной была опухоль мозга.

У 182 (68,16%) беременных роды были в сроке 36-40 недель, запоздалые роды были у 58 (21,71%) женщин (в сроке 40-42 недель), лишь у 9 (3,37%) беременных роды были в сроке 36 недель и менее.

Большинство новорожденных 237 (8,88%) родились по шкале Апгар на 7-9 баллов, 9 (3,37%) новорожденных на 4-6 баллов, и 3 (1,12%) наблюдающихся внутриутробной гибели плода.

С нормальным весом (2700 - 4000 гр.) были рождены - 199 (74,53%) новорожденных, весом менее 2700 гр. - 33 (12,36%) и весом более 4000 гр. - 35 (13,11%) новорожденных. Женского пола новорожденных было 149 (55,81%) и 118 (44,19%) мужского пола.

Послеродовыми осложнениями со стороны матери были гипотоническое кровотечение с переливанием крови у одной (0,4%) женщины и у другой (0,4%) женщины - разрыв промежности 3-ей степени.

Осложнения при родах и в после родовом периоде наблюдались у 24 (8,99%) новорожденных: у 2-х - гипогликемия, у 13 - желтуха новорожденных, у 6- трудное выведение плечиков, у 1-ного новорожденного нарушение дыхания + систолический шум + удвоение большого пальца правой руки, у 2- асфиксия (обвитие пуповины вокруг шеи) новорожденного.

Изучение историй болезни выявило, что недостаточно уделялось внимание контролю сахара в крови как самой больной, так и в клинике.

А так же лишь 9 (3,37%) женщин в послеродовом периоде были обследованы на наличие саха-

ра в крови на 6 неделе послеродового периода, из которых у 8 оказался - нормальный тест ГТТ (глюкоза толерантный тест) 75 мг, у одной высокий сахар 180 мг и у одной пограничный ГТТ.

Таким образом, наш анализ показывает, что чаще всего ГСД встречается в возрасте 26-40 лет 200 (74,91%) [2,6,7].

У большинства беременных 217 (81,27 %) ГСД поддались контролю назначением диабетической диеты, и лишь в 32 (11,99%) пришлось назначить инсулин и Метформин, и комплекс метформин + инсулин. Таким образом, 18 (6,74%) из 32 назначили инсулин, 6 (2,25%) метформин, а 8 (3%) назначили комплекс метформин + инсулин.

Метформин - гипогликемический препарат. Понижает концентрацию глюкозы в крови, повышает толерантность к глюкозе, потенцирует чувствительность к инсулину периферических тканей. Нормализует липидный профиль плазмы крови у больных инсулиннезависимым гестационным сахарным диабетом. Стабилизирует или уменьшает массу тела. Применяется для лечения сахарного диабета 2-го типа и Гестационного сахарного диабета при неэффективности диетотерапии.

Метформин - увеличивает на чувствительность тканей к инсулину, не оказывает влияния на динамику увеличения массы тела и не вызывает развития гипогликемии. При применении препарата при беременности сочеталось с благоприятными исходами, за исключением одного небольшого ретроспективного исследования, в котором было продемонстрировано увеличение частоты преэклампсии и перинатальных потерь в сравнении с терапией инсулином. Кроме того, метформин проникает через плаценту и может оказывать влияние на физиологические процессы плода, в связи с чем отсутствует единое мнение о возможности использования препарата при беременности [8,9].

Было выдвинуто предположение, что перинатальные исходы существенно не зависят от метода лечения гестационного диабета, но применение метформина более приемлемо для пациенток, а также, что применение препарата повышает чувствительность к инсулину в тканях матери и новорожденного. С целью проверки данной гипотезы выполнено настоящие исследования. В данном исследовании лечение гестационного диабета использованием метформина, либо метформин в комбинации с инсулином не привело к увеличению перинатальных осложнений в сравнении с традиционной инсулинотерапией, кроме того, пациентки отдали предпочтение данному методу лечения, как более простому [6,9].

При правильном ведении беременных ГСД и контролируемом сахаре крови роды в большинстве наблюдениях протекают через естественные родовые пути 187 (74,04%) без осложнений со стороны матери и плода. Однако в 46 (17,23%) наблюдений пришлось роды закончить операцией кесарева сечения при присоединении сопутствующих показаний (например: предыдущие роды закончились кесаревым сечением, гипоксия плода, обструкция родов), а также в 16 (5,99%) наблюдениях инструментальные роды [9,10]. ГСД встречается в большинстве наблюдениях у повторнородящих 188

(70,41%) нежели у первородящих 61 (22,85%) женщин [4, 10].

Таким образом, негативное влияние ГСД на течение беременности, родов и на новорожденных можно предотвратить эффективным лечением. А применение препарата Метформин способствует достижению положительных результатов. Метформин способствует благоприятному течению беременных и уменьшает перинатальные потери.

Литература:

1. Арбатская Н. Ю. Демидова И. Ю. Сахарный диабет типа 1 и беременность. *Consilium medicum* – 2003 – т.5. - №9.

2. Забаровская З. В. Барсуков А. Н. Мохарт Т. В. Шишко Г. И. Герасимович и др. под редакцией Холодовой. *Современные аспекты сахарного диабета и беременности в практической деятельности (методическое пособие для врачей)*. – Минск, 2002. - с. 80

3. Забаровская З.В. Мулярчик О. В Жданова Т.А *Проблема гестационного сахарного диабета: основные аспекты этиопатогенеза, клинико- диагностические критерии, принципы лечения. Медицинские новости* – 2002. - №12 – с. 12-18

4. Мулярчик О. В Забаровская З. В Тишкова О. В *Этиопатогенетические аспекты изменений*

углеводного обмена при физиологически протекающей беременности и гестационном сахарном диабете // Белорусский медицинский журнал – 2002. - №2 – с. 19-23.

5. Мулярчик О.В Забаровская З. В *Диагностические особенности гестационного сахарного диабета и тактика ведения во время беременности// Белорусский медицинский журнал.* – 2002. - №3 - с. 41-45.

6. Федорова М. В Краснопольский В. И Петрухин В. А *Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия.* – М.: Медицина, 2001. – с. 288

7. Макаров Игорь Олегович. *Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории. Медицинский центр Арт-Мед. Консультация профессоров.* - 2000 г.

8. Савельева Г. М. *Акушерство* 2008 г.

9. Айламазян Э.К. Кулаков В. И, Радзинский В. Е., Савельева Г. М. *«Акушерское национальное руководство»* - 2007 г. - с. 748-860.

10. Добротина А. Ф и др. *«Беременность и роды у женщин с нейроэндокринно обменными заболеваниями» «Издательство нижегородской государственной академии»* - 2000 г. - с. 52.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Хайрутдинова Н.Х., Сахарова О.И., Мухамедова Ш.С.,
Бабаханова А.М., Султанов С.Н.
РСНПМЦ АиГ МЗ РУз*

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида яшовчи аёлларда физиологик кечаётган ҳомиладорлик давомида гемостаз тизимида содир бўлувчи адаптив ўзгаришларни ўрганиш

*Хайрутдинова Н.Х., Сахарова О.И., Мухамедова Ш.С.,
Бабаханова А.М., Султанов С.Н.*

РИА ва ГИАТМнинг консультатив поликлиникаси ва шифохонасида 20 нафар соғлом ҳомиладор бўлмаган аёл ва ҳомиладорлиги физиологик кечаётган 50 нафар аёлда ҳомиладорликнинг учта триместрида: I - 21, II - 18 ва III триместрида - 11 текширишлар ўтказилди. Соғлом ҳомиладор бўлмаган аёлларда ўтказилган текширишлар натижасида гемостаз тизими асосий кўрсаткичларининг референт кўрсаткичлари аниқланди, бу эса қон ивиш тизимининг уч босқичини, антикоагуляцион потенциални ва фибринолиз тизимини баҳолаш имкониятини беради. Ўтказилган тадқиқотлар натижасида ҳомиладор аёлларда гемостаз тизимини баҳоловчи лаборатор текширувларнинг минимал унифицирланган йиғмаси аниқланди, улар ичида АПТВ, ПТИ/ПВ, ТВ, фибриноген кўрсаткичлари катта аҳамиятга эга.

Investigation of adaptive reactions of hemostasis in women with physiological pregnancy in a population of pregnant women in the region of the Republic of Uzbekistan

*Khayrutdinova N.Kh., Saharova O.I., Mukhamedova Sh.S.,
Babakhanova A.M., Cultanov S.N*

The advisory clinic and hospital of RSPMC of Obs&Gyn surveyed 20 healthy nonpregnant women, 50 women with physiological pregnancy in the three trimesters of pregnancy: 21 in I, 18 in II, and 11 in the III trimester. The study in healthy nonpregnant women allowed to determine reference values of the main indicators of hemostasis system for assessing all three phases of blood coagulation, anticoagulation and the potential of the system of fibrinolysis. On the basis of the analysis of the minimum set of standardized laboratory tests assessing hemostasis in pregnant women, the most informative of which are APTT,PI /PT,TT, fibrinogen.

Проблема акушерской кровопотери продолжает оставаться актуальной для всех врачей, занимающихся родовспоможением. Несмотря на большое количество исследований, посвященных проблеме профилактики и купирования геморрагических осложнений во время беременности и родов, вопрос адаптационных механизмов системы гемостаза к беременности и к родам, прогнозирование развития дизадаптации этой системы при появлении провоцирующих факторов до настоящего времени остается открытым (1,2,3). В Республике Узбекистан на протяжении многих лет акушерские кровотечения остаются ведущей причиной материнской смертности беременных со сроком более 28 недель, рожениц и родильниц (4). Региональные особенности Узбекистана, обусловленные жарким сухим континентальным климатом и наличием экологически неблагоприятного региона Приаралья, оказывают определенное негативное влияние на адаптационные возможности системы свертывания крови, способствуют срыву ее компенсации и развитию как тромботических, так и геморрагических осложнений во время беременности и родов.

Изучение адаптивных изменений системы гемостаза при физиологическом течении гестационного процесса привлекает внимание акушеров

в связи с важнейшей ролью нарушений физиологического функционирования гемостаза в генезе геморрагических и тромбоэмболических осложнений у рожениц и родильниц. Без знания нормативных показателей основных звеньев системы гемостаза при беременности, невозможна правильная оценка патологических изменений гемокоагуляции, присущих осложнениям гестационного процесса, в особенности акушерским кровотечениям, следовательно, невозможна и эффективная их коррекция.

В связи с этим целью исследования явилось определение диапазона нормальных величин параметров гемостаза при физиологическом течении беременности.

Материал и методы исследования: В консультативной поликлинике и стационаре РСМНПЦ АиГ проведено обследование 20 здоровых небеременных женщин, 50 женщин с физиологическим течением беременности в трех триместрах беременности: 21 в I, 18 во II, и 11 в III триместрах.

Исследование системы гемостаза: определение активированного частичного тромбопластинного времени (АЧТВ), протромбинового (ПВ) времени, определение фибриногена гравиметрическим методом по Рутберг, растворимого фибрина (РФМК) - фенантролиновый тест,

этаноловый тест по методу Godal et al. Также проводилось изучение активности естественного антикоагулянта организма – антитромбина III (АТ-III) по методу Abilgaard U. Определение количества тромбоцитов в крови с помощью метода подсчета тромбоцитов фазово-контрастной приставкой в камере Горяева, агрегация тромбоцитов на стекле с использованием индуктора – гемолизата эритроцитов (Баркаган Л.З., и др.).

Результаты и обсуждение исследования: Согласно В.М. Сидельниковой и др. (2004), изучение адаптивных возможностей системы гемостаза при физиологическом течении беременности необходимо в связи с важнейшей ролью данной системы в генезе геморрагических осложнений. Важным звеном является состояние коагуляционного звена гемостаза, факторы ко-

торого продуцируются гепатоцитами. В таблице №1 изображены показатели коагуляционного звена гемостаза 20 здоровых небеременных женщин, средний возраст которых составил $25,05 \pm 1,4$ лет.

Наряду с этим, у здоровых небеременных женщин изучали уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) по результатам этанолового (ЭТ), протаминсульфатного (ПСТ) и ортофенантролинового тестов.

Результаты исследования тромбоцитарного звена гемостаза у здоровых небеременных женщин показаны в таблице №3.

Параллельно были изучены особенности функционирования системы гемостаза у 50 женщин с физиологическим течением беременности в 3-х триместрах беременности: 21 (42%) в I, 18 (36%) во II и 11 (22%) в III (таблица №4).

Таблица №1

Состояние коагуляционного гемостаза у здоровых небеременных женщин

Показатели	М	σ	$\pm m$
АПТВ, сек	36,25	3,18	0,71
ПТИ, %	95,55	4,9	1,09
ПВ, сек	15,5	1,43	0,32
Фибриноген, г/л	2,66	0,44	0,1
Тромбиновое время, сек	18,4	2,04	0,46
Толерантность плазмы к гепарину, мин	10,25	1,74	0,39
Фибринолитическая активность, мин	192,15	31,36	7,01

Таблица №2

Показатели паракоагуляционных проб у здоровых небеременных женщин

Показатели	М	σ	$\pm m$
Этаноловый тест, баллы	0,2	0,41	0,09
Протамин-сульфатный тест, баллы	0,2	0,41	0,09
Ортофенантролиновый тест, мг/%	1,61	1,04	0,23

Таблица №3

Показатели тромбоцитарного звена у здоровых небеременных женщин

Показатели	М	σ	$\pm m$
Количество тромбоцитов ($10^9/л$)	236,65	31,88	7,13
Адгезия, %	30,9	5,24	1,17
ГАТ: МК, с	14,15	0,81	0,18
СК, с	35,7	0,98	0,22
ГАТ: %	94	11,19	2,5
Ретракция, %	0,42	0,08	0,02

Таблица № 4

Состояние плазменно-коагуляционного звена гемостаза у женщин с физиологическим течением беременности

Показатели	Здоровые небеременные женщины	Здоровые беременные женщины, I триместр	Здоровые беременные женщины, II триместр	Здоровые беременные женщины, III триместр
АПТВ, сек	36,25±0,71	36,52±0,62	32,9±0,5***	30,1±0,7***
ПТИ, %	95,55±1,09	96,6±2,05	100,0±1,8*	106,7±1,65***
ПВ, сек	15,5±0,32	15,48±0,16	13,65±0,05***	12,1±0,06***
Фибриноген, г/л	2,66±0,1	2,99±0,08***	4,25±0,25***	4,97±0,36***
Тромбиновое время, сек	18,4±0,46	18,9±0,54	16,6±0,39**	14,0±0,4***
Толерантность плазмы к гепарину, мин	10,25±0,39	9,5±0,25	8,1±0,18***	6,0±0,12***
Фибринолитическая активность, мин	192,15±7,01	200,2±5,05	221,9±6,32***	240,9±3,05***
РФМК, мг/%	1,61±0,23	5,85±0,43***	6,09±0,28***	7,5±0,2***

Примечание: * - p<0,05; ** p<0,01; *** - p<0,001

Анализ гемостазиограмм женщин с физиологической беременностью констатирует, что по мере прогрессирования беременности в системе гемостаза происходят значительные изменения за счет достоверного повышения содержания факторов свертывания крови (укорочение ряда хронометрических параметров: АПТВ, ПТИ/ПВ, ТВ) к концу II – началу III триместра беременности. Уровень фибриногена в плазме повышается практически с I триместра. Также уменьшается активность ингибиторов свертывания крови за счет снижения антитромбина III до 70% и ингибция активаторов фибринолиза (повышение толерантности плазмы к гепарину и снижение фибринолитической активности).

Наряду с этим, у большинства женщин было отмечено достоверное повышение в плазме крови уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) по результатам РФМК (p<0,001), практически с I триместра беременности.

Согласно данным таблицы №5 с течением беременности, незначительно, но статистически достоверно, повышаются, оставаясь в пределах нормального диапазона, значения показателей адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов.

Таким образом, проведенное исследование у здоровых небеременных женщин позволило определить референтные значения основных показателей системы гемостаза, позволяющих оценить все три фазы свертывания крови, антикоагуляционный потенциал и систему фибринолиза. Анализ гемостазиограмм женщин с физиологическим течением беременности, свидетельствовал об усилении коагуляционного потенциала в конце II - начале III триместра за счет повышения концентрации основного субстрата свертывания крови - фибриногена (фактор I). В эти же сроки обнаруживается укорочение ряда хронометрических параметров: активированного парциального тромбопластинового вре-

Таблица № 5

Показатели тромбоцитарного звена гемостаза у женщин с физиологическим течением беременности

Показатели	Здоровые небеременные женщины	Здоровые беременные женщины, I триместр	Здоровые беременные женщины, II триместр	Здоровые беременные женщины, III триместр
Количество тромбоцитов x 10 ⁹ /л	236,65±7,13	241,5±10,61	250,45±9,85	265±15,1
Гемолизат-агрегационный тест, %	94,0±2,5	90,15±4,7	97,64±4,88	103,0±4,9*
Адгезия, %	30,9±1,17	32,8±1,1	36,3±1,15***	40,1±1,07***

Примечание: * - p<0,05; ** p<0,01; *** - p<0,001

мени (АПТВ), каолин-кефалинового времени (ККВ), что обусловлено повышением суммарной активности факторов свертывания крови, составляющих внутренний путь активации гемостаза (в основном факторов VIII, IX, X, XI, XII). Повышение же протромбинового индекса связано с увеличением суммарной активности факторов свертывания, составляющих внешний путь активации гемостаза (факторы II, V, VII, X). Полученные нами результаты исследования не противоречат данным литературных источников. На основе проведенного анализа отобран минимальный набор унифицированных лабораторных тестов оценки гемостаза у беременных, наиболее информативными из которых являются АПТВ, ПТИ/ПВ, ТВ, фибриноген; а также будут установлены нормальные величины параметров гемостаза в популяции беременных женщин нашего региона. Анализ информативных признаков, характеризующих систему гемостаза беременной жен-

щины, позволит отделить состояние нормы от патологии, а значит прогнозировать развитие беременности с I триместра.

Литература:

1. Кулаков В.И., Серов В.Н. и соавт. Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями. // *АиГ*. - 2001., - № 1. - с. 3-4.
2. Макацария А.Д., Мищенко А.Л. Вопросы циркуляторной адаптации системы гемостаза при физиологической беременности и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. // *АиГ*. - 1997., - №1. - с. 38-41.
3. Сидельникова В.М., Шмаков Р.Г. Механизмы адаптации и дизадаптации гемостаза при беременности. М: Триада-Х; 2004.
4. Туреева Н.К., Хайрутдинова Н.Х. Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями. // *Педиатрия*. 2003. Спец. выпуск. - с. 14-17.

СУППОЗИТОРИИ ГЕНФЕРОН - ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Уджуху В.Ю., Петрунин Д.Д., Кубылинский А.А., Казакова М.А.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Российского государственного медицинского университета Росздрава, Москва, НИИ физико-химической медицины Москва

Генферон суппозиторийлари — урогенитал инфекцияларни комплекс даволашда юқори самарали восита

Уджуху В.Ю., Петрунин Д.Д., Кубылинский А.А., Казакова М.А.

Ушбу мақолада жинсий йўл билан юқувчи касалликларни комплекс даволашда интерферон препаратларидан фойдаланишнинг мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлиги муҳокама қилинган. Шу мақсадда Генферон препарати клиник амалиётда ишлатилган.

Genferon® suppositories - high effective component in complex therapy of urogenital infections

Udjuhu V.Y., Petrunin D.D., Kubilinskiy A.A., Kazakova M.A.

There we discuss the expediency and efficiency therapy of sexually transmitted diseases and genferons use in clinical practice.

Клиническое применение интерферонов является сегодня актуальной темой для широкого круга врачей практического здравоохранения. Возрастающий интерес к этой проблеме вызван высокой эффективностью применения препаратов интерферона в комплексной терапии заболеваний, передающихся половым путем. Что же обуславливает целесообразность использования препаратов интерферона (ИФН) в клинической практике и применение каких лекарственных форм представляется сегодня наиболее целесообразным при лечении урогенитальной инфекции? Интерфероны, выделенные в настоящее время в особый класс цитокинов, ранее рассматривались исключительно как противовирусные факторы, однако в дальнейшем у них также были обнаружены противоопухолевая и иммуномодулирующая активность. Определенный интерес представляет выявленное в последние годы антибактериальное действие интерферонов в отношении как грамположительных, так и грам-

рицательных микроорганизмов. Антибактериальная активность интерферонов обусловлена повышением фагоцитарной активности, образованием иммуноглобулинов, усилением цитотоксичности естественных киллеров. Антибактериальное действие наблюдается через 10 мин после контакта интерферона с культурой микробов, и в зависимости от дозы возникает бактериостатический или бактерицидный эффект. Действие интерферона на бактерии, не изменяя их морфологии и тинкториальных свойств, значительно блокирует скорость формирования популяции в оптимальных условиях культивирования. Препараты ИФН повышают чувствительность бактерий к ряду антибиотиков, активируют механизмы захвата и протеолиза золотистого стафилококка, хламидий, легионелл, токсоплазм, листерий, кандид. Способностью вырабатывать интерферон в той или иной степени обладают все клетки организма. Наиболее сильными продуцентами интерферона являются иммунокомпетентные

клетки. Система интерферона не имеет ни специализированных клеток, ни специализированных органов, так как каждая клетка может быть заражена вирусом и должна иметь собственную систему распознавания и элиминации чужеродной генетической информации. При стимуляции клеток индуктором (инфекционным агентом) происходит активация генов, кодирующих белки интерферона, и трансляция — продукция этих белков, в результате чего пораженные клетки начинают продуцировать ИФН, который, с одной стороны, тормозит внутриклеточное размножение инфекционных агентов, с другой — усиливает экспрессию молекул главного комплекса гистосовместимости (ГКГС) I типа на поверхности пораженных клеток и вызывает активацию NK-клеток, которые начинают цитоллиз поврежденных клеток и продуцируют ИФН- γ , направляющий развитие иммунного ответа по клеточному, а не гуморальному пути. Активированные контактом с антигеном и ИФН макрофаги продуцируют ряд цитокинов, в частности, ИЛ-12, который стимулирует дифференцировку незрелых CD4 лимфоцитов в Т-хелперы 1-го типа. Последние, в свою очередь, после презентирования им антигена активируются и продуцируют ряд цитокинов (ИЛ-2, 3, ФНО- α , ИФН- γ). Данный «цитокиновый коктейль» активирует цитотоксические CD8 Т-лимфоциты (киллеры), которые также после презентирования им антигена, начинают цитоллиз зараженных клеток-мишеней. В итоге за счет цитотоксического действия Т-киллеров и NK-клеток, осуществляемого макрофагами фагоцитоза и прямого вирусотатического действия интерферона происходит элиминация инфекционного агента и зараженных клеток. Среди факторов неспецифической защиты важная роль отводится фагоцитарной активности мононуклеарных лейкоцитов. Имеющиеся на сегодняшний день данные позволяют сделать вывод, что фагоцитарная функция макрофагов в отношении вирусной инфекции может регулироваться интерфероном, так как в течение вирусной инфекции Fc-опосредованная фагоцитарная активность макрофагов коррелирует с синтезом ИФН. При этом индукция и уровень интерферона зависит от функции Т-клеток. В настоящее время считается, что усиление фагоцитарной активности макрофагов, вызванное действием ИФН, связано с повышением на макрофагах экспрессии Fc-рецепторов. Однако следует отметить, что на практике в реализации данного механизма обнаруживаются свои «подводные камни». Во-первых, выработка эндогенного ИФН происходит достаточно медленно, и зачастую инфекционный агент размножается опережающими темпами. Во-вторых, потенциал клеток к выработке интерферона быстро иссякает (это особенно касается пораженных клеток), что существенно ограничивает защитные возможности организма. И, наконец, в ходе растянутой во времени реализации этого механизма происходит избыточный синтез провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, -6, ФНО), которые вызывают опасные для пациента системные реакции — гипертермию, тахикардию, слабость, анорексию, артериальную гипотензию. Введение экзогенного интерферона позволяет избежать подобных нежелательных явлений, так как

массивное его поступление в организм существенно превышает потенциальную скорость размножения инфекционного агента. Это приводит к тому, что элиминация инфекционного агента начинается задолго до того, как собственные клетки синтезируют эндогенный интерферон в достаточном количестве. Кроме того, введение интерферона позволяет разгрузить пораженные клетки и компенсировать их неспособность к продукции собственного ИФН в необходимых количествах. Наконец, ускоренная элиминация инфекционного агента при введении экзогенного ИФН позволяет сократить сроки течения инфекционного процесса, что не позволяет концентрации провоспалительных цитокинов в кровотоке достигнуть критических значений. В 1980 г. была принята номенклатура интерферонов, согласно которой выделяют α - (лейкоцитарный), β - (фибробластный) и γ - (лимфоцитарный, иммунный) интерфероны, в самое последнее время к ним добавились ИФН- ω и ИФН- τ . Из всего спектра используемых в настоящее время в медицинской практике ИФН (α , β , γ) для лечения урогенитальной инфекции наиболее признанными и востребованными оказались препараты ИФН- α . По технологии получения выделяют интерфероны первого поколения (природные) и второго поколения (рекомбинантные). Основным материалом для получения интерферонов первого поколения служит донорская кровь. К сожалению, интерес к донорству как к образу жизни в последнее время резко снизился не только на территории России, но и на всем постсоветском пространстве. Сокращение финансирования и сворачиваются государственные программы, направленные на поддержку донорства. Возникновение этих трудностей привело к тому, что донорской крови стало не хватать не только для получения фармакологических препаратов, но и для оказания неотложной медицинской помощи. Очередной ощутимый удар по наполняемости банка крови и использованию в чистом виде донорской крови и препаратов, получаемых из нее, нанесен все более распространяющейся эпидемией ВИЧ-инфекции и резко возросшим уровнем гепатитов. Эти факторы являются если не основными, то достаточно важными и объясняют сокращение применения природных препаратов лейкоцитарного происхождения. Оптимальным вариантом является введение интерферона непосредственно в очаг поражения, поскольку данный способ обеспечивает более высокую и, следовательно, более эффективную концентрацию интерферона в месте локализации инфекционного процесса, что позволяет избежать нежелательных системных эффектов, которые отмечаются при инъекционном введении. В медицинской практике имеется широкий опыт применения неинъекционных способов введения ИФН- α : таблетированные формы, интраназальные и глазные капли, ингаляционные формы в виде спрея, раствор для инстилляций, мазь и гель, ректальные и вагинальные свечи. Именно препараты интерферона в форме суппозитория в последнее время находят все более широкое применение в клинической практике. Это объясняется в первую очередь возрастающим количеством урогенитальной патологии, вызванной инфекциями, передаваемыми

половым путем, при лечении которых применение препаратов данной группы позволяет значительно снизить дозы и продолжительность курсов лечения антибактериальными и противовирусными препаратами. Уменьшение риска передозировки и связанных с этим нежелательных явлений обеспечивает ряд неоспоримых преимуществ суппозитория перед инъекционными формами препаратов интерферонового ряда. Следует учитывать, что локальное применение интерферона в форме суппозитория дает быстрый терапевтический эффект непосредственно в очаге поражения. Препараты ИФН- α в форме суппозитория активно используются в комплексной терапии урогенитальных заболеваний в течение последних десяти лет, это связано с их выраженным иммуномодулирующим, противовирусным и антибактериальным действием. Новым представителем данной группы является препарат генферон, производимый российской биотехнологической компанией «Биокад» в соответствии с международными стандартами (GMP) и разработанный собственным исследовательским подразделением — Центром Инженерной Иммунологии. Данный препарат хорошо зарекомендовал себя в терапии целого ряда инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта. Высокая эффективность этого препарата подтверждена рядом клинических исследований. В состав свечей генферон входят активные вещества: интерферон $\alpha 2$ (человеческий рекомбинантный) — в дозировке 250 000, 500 000 и 1 000 000 МЕ; таурин — 0,01 г, анестезин — 0,055 г. Все вещества, входящие в состав препарата, разрешены для использования в медицинской практике в качестве самостоятельных или вспомогательных веществ. Препарат не токсичен, не пирогенен, не обладает местно-раздражающим действием. Наличие в составе генферона ряда хорошо сбалансированных дополнительных компонентов, в частности таурина и анестезина, придают этому препарату ряд уникальных свойств. Таурин, включенный в состав свечи, повышает биологический эффект действия ИФН за счет антиоксидантных и мембраностабилизирующих свойств, а также значительно ускоряет регенерацию поврежденных тканей за счет выраженного эпителизирующего эффекта. По данным клинических исследований, проведенных в 2003 г. в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н. Бурденко, площадь поражения в баллах у больных генитальным герпесом на 10-й день терапии генфероном сократилась более чем в 3 раза в сравнении с контрольной группой. Другой важный компонент — анестезин, за счет быстрого купирования субъективных местных проявлений заболевания (боль, зуд, чувство жжения и др.) избавляет пациента от страданий, тем самым существенно повышая качество жизни во время лечения, предоставляя возможность полноценно жить и трудиться. Вспомогательные вещества, включенные в свечи (полиэтиленоксид — 0,125 г, декстран — 0,002 г, хлорбутанолгидрат — 0,005 г), не только обеспечивают сохранение активности и физических свойств ИФН, но и придают ему ряд дополнительных

своих свойств, важных для практической медицины: регенерирующих, репаративных, противовоспалительных, мембранопротективных, антиоксидантных, нормализующих метаболические процессы. Суппозитории генферон предназначены как для интравагинального, так и ректального применения. В завершение хотелось бы подчеркнуть, что комплексная терапия по формуле — генферон+ антибиотик и/или противовирусный/фунгицидный препарат+ последующая зубиотикотерапия — будет все более популярной для лечения пациентов, страдающих инфекционно-воспалительными заболеваниями урогенитального тракта. Следует отметить высокую эффективность комплексной терапии с включением генферона в лечении микстинфекций (особенно хронических), количество которых в последние годы в России резко возросло в связи с повышением общего промискуитета. Именно микстинфекции до настоящего времени особенно тяжело поддаются традиционной антибиотикотерапии.

Литература:

1. Ганова Л.А., Спивак Н.Я., Знаменский В.А. Иммуномодулирующие эффекты б-интерферона при инфекции *Pseudomonas aeruginosa*. Бюл эксп биол и мед 1996; 8: 124—127.
2. Ершов Ф.И., Григорян С.С., Готовцева Е.П. Система интерферона в норме и при патологии. М. 1996.
3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Ст-Петербург: Ольга 2000.
4. Малеева Л.И., Сергеев В.В., Печеркина С.А., Кузнецов В.П. Влияние препарата интерферона на повышение чувствительности бактерий к антибиотикам. Антибиот и химиотер 1988; 11: - с. 820—823.
5. Малиновская В.В., Ершов Ф.Е. Итоги и перспективы применения препаратов интерферона в инфекционной педиатрической практике. Вестн АМН СССР 1990; 7: - с. 32—36.
6. Попов В.Ф., Попов О.В. Лекарственные формы интерферонов. Справочник врача. М: Триада-Х 2002.
7. Рафальский В.В. Клиническое применение препаратов интерферона. Смоленск 1997.
8. Рыбалкин С.Б., Мирзабаева А.К. В кн.: Альтернативные подходы к терапии урогенитальных заболеваний. Ст-Петербург 2000.
9. Соловьев В.Д., Бектемиров Т.А. Интерфероны в теории и практике медицины. М: Медицина 1981.
10. Сухих Г.Т., Ванько Л.В., Кулаков В.И. Иммуни-тет и генитальный герпес. Нижний Новгород—М 1997.
11. Феклисова Л.В., Новокшенова В.А., Месхина Е.Р. и др. Рекомбинантные интерфероны в лечении вирусных и вирусно-бактериальных инфекций у детей. Методические рекомендации МОНИКИ. М 1996.
12. Gangeni J.D., Lardins J., Dietrich F. et al. J Interferon Res 1989; 9: 2: 227—237.
13. Rengin H., Bekisz J., Hayes M. et al. J Immunol 1999; 163: 2: 854—860.
14. Loo Y., Chen Y., Downs S. et al. J Immunol 1999; 162: 2399—2405.
15. Schmitt D., Sasaxi H., Polard R. et al. Antiviral Res 1992; 19: 347—352.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОЛЧАНОЧНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ

Хайрутдинова Н.Х., Баратова М.Т., Файзырахманова М.М., Султанов С.Н.
РСНМЦ АиГ МЗ РУз

Антифосфолипид синдромининг ҳомиладорлик асоратларига таъсири

Хайрутдинова Н.Х., Баратова М.Т., Файзырахманова М.М., Султанов С.Н.

Туғма ва орттирилган гемостаз бузилишлари кўп ҳолларда АФСга боғлиқ бўлиб, ҳомила тушиши, ҳомиланинг антенатал ўлими, ҳомиланинг ривожланишдан қолиши, гестозлар каби акушерлик асоратларга олиб келадиган репродуктив муаммо ҳисобланади.

АФС бор аёлларнинг гемостаз системаси текширилганда, уларда плазма қаторида гиперкоагуляция ҳамда томир ичида қон ивиш маркерларини активланиш кузатишган.

The role of antiphospholipid syndrome in the development of complications of pregnancy

Khairutdinova N.H., Baratova M.T., Fayzyrahmanova M.M., Cultanov S.N.

The problem of reproductive losses due to acquired and inherited disorders of hemostasis, most often associated with APS, which leads to obstetric complications such as persistent miscarriage antinatalnaya fetal loss syndrome, intrauterine fetal growth, gestozy. Issledovanie sistumy hemostasis in women with APS showed that they have significant changes in the hemostatic system, manifested in the plasma hypercoagulation hemostasis, as well as the appearance of activation markers of intravascular coagulation.

В настоящее время антифосфолипидный синдром (АФС), описанный впервые у больных системной красной волчанкой, широко изучается учеными различных медицинских специальностей в связи с многообразием клинической симптоматики, длительным персистирующим течением, необходимостью своевременной диагностики и коррекции возникающих нарушений. Все большее внимание акушеров-гинекологов привлекает АФС, т.к. в значительной степени увеличивает как материнскую, так и перинатальную смертность.

Благодаря активному внедрению достижений молекулярной гемостазиологии в клиническое акушерство достигнуты большие успехи в вынашивании беременности у пациенток с синдромом потери плода. На сегодняшний день тромбофилию рассматривают, как один из интегральных этиопатогенетических факторов широкого спектра осложнений не только в общеклинической, но и в акушерско-гинекологической практике. Большая часть неблагоприятных исходов при АФС связана с плацентарной недостаточностью. Причем одной из причин развития плацентарной недостаточности является нарушение системы гемостаза у беременных с наличием циркуляции антифосфолипидных антител (1,3,5). Согласно данным литературы, у женщин при аутоиммунной причине невынашивания без лечения до 90% беременностей прерываются, а эффективность лечения при наиболее современных подходах достигает 80% и более (1,2,4).

В связи с этим чрезвычайно важной представляется проблема обследования данного контингента больных как вне, так и во время беременности, своевременная диагностика и коррекция гемостазиологических, метаболических и иммунных нарушений, динамический контроль на протяжении всей беременности и послеродового периода. Целью данного исследования явилось изучение течения

беременности и состояния системы гемостаза у женщин с АФС.

Материал и методы исследования: В консультативной поликлинике и стационаре РСМНПЦ АиГ проведено обследование 55 женщин с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом на наличие АФС. Обследование включало в себя минимум двукратное определение волчаночного антикоагулянта ВА с выполнением всех необходимых условий (в плазме, в двух или более исследованиях с промежутком 6-8 недель, определяемый согласно руководству Международного общества тромбозов и гемостаза - исследовательская группа по ВА/фосфолипидозависимым антителам) и исследование основных звеньев системы гемостаза.

Исследование системы гемостаза: определение активированного частичного тромбопластинного времени (АЧТВ), протромбинового (ПВ) времени, определение фибриногена гравиметрическим методом по Рутберг, растворимого фибрина (РФМК) - фенантролиновый тест. Также проводилось изучение активности естественного антикоагулянта организма - антитромбина III (АТ-III) по методу Abilgaard U. Тест на ВА (антифосфолипидный синдром) проводился с помощью: каолинового времени бедной тромбоцитами плазмы, протромбинового времени с разведенным тромбопластином, лебетоксового времени с разведенным ядом гюрзы.

Результаты и обсуждение исследования: В обследование были включены группы женщин согласно Саппоровским диагностическим критериям АФС (W.Wilson и соавт., Arthritis & Rheumatism, 1999; 42: 1309-11) со следующей патологией беременности: а) один или более случай внутриутробной гибели морфологически нормального плода после 10 недель гестации,

б) один случай или более преждевременных родов морфологически нормального плода до 34 недель гестации из-за выраженной преэклампсии или эклампсии или выраженной плацентарной недостаточности, в) три или более последовательных случая спонтанных аборт до 10 недель гестации. Лабораторные критерии: ВА в плазме, в двух или более исследованиях с промежутком не менее 12 недель, определяемый согласно руководству Международного общества тромбозов и гемостаза следующими этапами: а) удлинение времени свертывания крови в фосфолипидзависимых коагулологических тестах, б) отсутствие коррекции удлинения времени свертывания скрининговых тестов в тестах смешивания с донорской плазмой, в) укорочение или коррекция удлинения времени свертывания скрининговых тестов при добавлении фосфолипидов. Также в группу обследования на наличие АФС были включены женщины, имевшие в анамнезе один или более клинический эпизод артериального, венозного тромбоза или тромбоза сосудов малого диаметра в любой ткани или органе.

Среди 55 обследованных женщин с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом у 25 обнаружен антикоагулянт волчаночного типа (15 из них беременные). Первородящих пациенток было 6, повторнородящих – 19. Средний возраст обследованных составил $27,42 \pm 1,22$ лет, небеременных – $26,17 \pm 1,18$ лет. Из 15 обследованных беременных варикозная болезнь сопровождала данную беременность у 6 пациенток, хронический пиелонефрит у 6, хронический гломерулонефрит у 1, сахарный диабет у 1, ревматизм и пороки сердца у 2, НЦД по гипертоническому типу у 6, ожирение у 5 женщин.

Анамнез обследованных женщин был отягощен привычным невынашиванием (от 2 до 5 с/п выкидышей) - 34, неразвивающейся беременностью - 18 и преждевременные роды - 7, внематочной беременностью - 3, перинатальной смертностью - 9, внутриутробной гибелью плода - 5. По данным анамнеза преэклампсии осложнили беременность у 11 пациенток. Данная беременность осложнилась преэклампсией у 6 женщин, у 12 угрозой прерывания беременности. Токсикоз I половины беременности отмечался у 10 беременных, у 9 имелись указания на наличие острых респираторных заболеваний во время данной беременности, или незадолго до родов.

Хроническими воспалительными процессами гениталий страдали 45% пациенток. Необходимо отметить, что обследование на TORCH-инфекции выявило наличие от 2 до 5 инфекций у всех женщин. Причем цитомегаловирус и вирус простого герпеса был выявлен в 89% случаев. При обследовании выявлена высокая частота урогенитальных инфекций в прошлом - пиелонефриты у 14 пациенток, хламидиоз - у 7, микоплазмоз - у 4, уреаплазмоз - у 7, генитальный герпес - у 35, ЦМВ -22, гарднереллез - 9, токсоплазмоз - 5, хронический аднексит - у 14.

Исследование системы гемостаза у них выявило общую тенденцию к гиперкоагуляции по данным как прокагулянтного, так и сосудистотромбоцитарного звеньев. Средние значения параметров гемостазиограммы в группах исследуемых беременных составили: фибриноген $3,3 \pm 0,76$ г/л, протромбиновое время $14,2 \pm 0,19$ сек, показатель АПТВ был укорочен до $33,1 \pm 0,38$ сек, РКМФ составила $5,6 \pm 0,25$ мг%. При исследовании небеременных женщин средние показатели гемостаза составили: фибриноген $2,50 \pm 0,12$ г/л, протромбиновое время $16,42 \pm 0,23$ сек, показатель АПТВ был укорочен до $37,45 \pm 0,85$ сек, РКМФ составила $4,64 \pm 0,23$ мг%. При тромбоэластографической оценке параметров общей свертываемости крови выявлены хронометрическая и структурная гиперкоагуляция в плазменном звене. При этом гипокоагуляция, не характерная для срока беременности, была выявлена у 9, изокоагуляция - у 8, умеренная гиперкоагуляция у 38, выраженная гиперкоагуляция у 7 (ИТП 30 ед).

Определение специфических маркеров тромбофилии показало, что уровень протеина С был снижен у 75,4% пациенток, и лишь у 16 отмечались его нормальные значения. Среднее значение активности естественного антикоагулянта крови антитромбина-III составило 53%, при этом снижение концентрации АТ-III было выявлено у 66,2% беременных, остальные женщины имели нормальные его значения.

Изучение маточно - плацентарно - плодового кровотока показало, что резистентность в маточных артериях повышена, имела тенденцию к прогрессивному повышению и, соответственно, снижение кровотока в этой системе обнаружено в 69,2% случаях. При исследовании фетоплацентарного кровотока обнаружены низкие параметры диастолического подъема, что указывало на снижение кровотока в

Таблица №1

Данные анамнеза пациенток с АФС

Анамнез	всего	До 2 - ух	До 3 - х	Более 3
неразвивающаяся беременность	18	9	6	3
с/п выкидыш	34	14	12	8
антенатальная гибель плода	6	5	1	-
перинатальная смертность	7	5	2	
преэклампсия	7	5	1	1

Показатели системы гемостаза у женщин с АФС

показатели	небеременные	беременные до лечения
АПТВ	37. 45 + 0. 85	37. 33 + 0. 38
П. В.	15. 42 + 0. 23	14. 5 + 0. 31*
Фибриноген	2. 5 + 0. 12	3. 1 + 0. 08 *
РФМК	4. 64 + 0. 23	5. 18 + 0. 18
Каолиновое время	125.67 + 8.16	118.98 + 11. 35
п/к норм. плазмы	103. 4 + 8. 2	88. 39 + 12. 67
П. В. с разведенным тромбопластином	52. 02 + 0. 89	50. 69 + 0. 83
Лебетоксовое время	71. 88 + 4. 03	71. 08 + 3. 28
Агрегация тромбоцитов	112. 9 + 2. 92	102. 82 + 4. 64
Количество тромбоцитов	275. 0 + 11. 46	236. 54 + 10. 08 *

Примечание:* - P > 0. 05

a.umblicalis в 60% случаях.

Проводимые исследования доказывают, что проблема репродуктивных потерь, обусловленная приобретенными и наследственными нарушениями гемостаза, наиболее часто (по данным литературы в 35-42 % случаев), связана с АФС, приводящим не только к таким акушерским осложнениям, как упорное невынашивание беременности, антенатальная гибель плода, синдром задержки внутриутробного развития плода, гестозы, но и к рецидивирующим тромбозам различной локализации. Исследование системы гемостаза у женщин с АФС показало, что у них имеются существенные изменения в системе гемостаза, проявляющиеся в гиперкоагуляции плазменного звена системы гемостаза, а также появлении маркеров активации внутрисосудистого свертывания крови. Одновременное сочетание нескольких вышеперечисленных признаков патологической активации системы гемостаза было у большинства беременных, что при наличии клинических факторов риска резко увеличивало

вероятность возникновения тромбоэмболических осложнений.

Литература:

1. О.Н.Аржанова, А.В.Кузнецова. Лечение плацентарной недостаточности у беременных с антифосфолипидным синдромом и варикозной болезнью. // Consilium-medicum. 2006. Том 8. №6.
2. Демина Т.Н. Антифосфолипидный синдром и невынашивание беременности. // Журнал Медицинские аспекты здоровья женщины. 2007. №2 (5).
3. Макацария А.Д., Пшеничникова Е.Б. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии. М: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2006.
4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2002; с. 179-94.
5. Kutteh W. H. Atiphospholipid antibody-associated recurrent pregnancy loss; treatment with heparin and low - dose aspirin is superior to low dose aspirin alone. / Kutteh W.H. // American J. Obstet. Gynecol. - 2000.- Vol. 174. - P. 1584 - 1589.

ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЁМ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Матлубов М.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
акушерства и гинекологии МЗРУз. (г.Ташкент)*

Самаркандский медицинский институт

Клиника СамМИ отделение акушерства и гинекологии. (г.Самарканд)

Орқа мия-эпидурал анестезияси таъсирида абдоминал туғилган чақалоқлар эрта мослашув имконияти тавсифи

Матлубов М.М.

Бачадонда чандиқ касаллиги бор аёлларда абдоминал туғруқ туғайли туғилган 34 нафар чақалоқлар текширилди. Оғриқсизлантириш усулига кўра чақалоқлар икки гуруҳга бўлинди (ҳар бир гуруҳда 17 нафар чақалоқ). Орқа мия-эпидурал анестезияси таъсирида туғилган чақалоқлар 1-гуруҳга (ОЭА), кўп компонентли умумий анестезия таъсирида туғилган чақалоқлар 2-гуруҳга бўлиб текширилди (КУА). Чақалоқлар умумий аҳволи тана вазни, бўйи, Апгар шкаласи, NACS шкаласи билан баҳоланди. Шунингдек, қонда кислота-ишқор мувозанати, қондаги газлар миқдори, қон плазмасидаги кортизол миқдори ўрганилди. Орқа мия-эпидурал анестезияси чақалоқларга минимал таъсир этиб, чақалоқнинг эрта постнатал мослашув даврида чақалоқ вужудининг эрта мослашув имкониятини сақлаб қолишига сабаб бўлади. КУА усулидан фарқли равишда хавфсиз ҳисобланади.

Features of adaptive properties of the new-born children after abdominal delivery in the conditions of combined spinal-epidural anaesthesia

Matlubov M.M

New-born children after abdominal delivery in females with scars on the uterus have been studied. All children were divided into two groups depending on the method of anaesthesia (17 children in each group). The new-born children delivered under spinal-epidural anaesthesia (SEA). Were enrolled in the first group and delivered under multicomponent anaesthesia (MCA) in the second group. The condition of the new-born children was estimated taking into consideration the body weight, height, Apgar scale, NACS scale.

Acid-basic state, gas contents of the blood and total cortisol of blood plasma were studied. It was established that SEA had the least effect on the new-born children, made it possible to preserve adaptive properties of the child's body in the period of his early postnatal adaptation and had evident advantage in comparison with MCA.

Введение. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА)-относительно новая методика регионарного обезболивания, расширяющая арсенал анестезиологов и позволяющая избежать продолжительного латентного периода. Между тем в акушерской практике она используется преимущественно для обезбоживания родов и гораздо реже для анестезиологического обеспечения абдоминального родоразрешения, в основном у беременных с риском на расширение объема оперативного вмешательства (болезнь оперированной матки, миома матки, сопутствующая гинекологическая патология). При этом общепринятые варианты эпидуральной и спинальной анестезии становятся малоэффективными, а следовательно единственной альтернативой становится либо общая многокомпонентная анестезия с искусственной вентиляцией легких (ОМА с ИВЛ), либо КСЭА. [2.3.4.6.8.] Положительные и отрицательные свойства общей анестезии, в том числе и её влияние на течение раннего постнатального периода адаптации новорожденных хорошо известны. [1.3.4.5.7.]

Адаптивные же возможности новорожденных извлеченных в условиях КСЭА остаются практически неизученными.

Цель исследования: Изучение влияния КСЭА на состояние новорожденных в раннем периоде адаптации.

Материалы и методы: Комплексному обследованию подвергнуто 34 новорожденных, извлеченных путём абдоминального родоразрешения у женщин с высоким риском на расширение объема оперативного вмешательства. В зависимости от способа анестезиологического обеспечения все дети разделены на две равноценные группы (по 17 наблюдений в каждой). В 1-ю группу включены новорожденные извлеченные в условиях КСЭА, во 2-ю аналогичное число детей, извлеченных в условиях ОМА с ИВЛ. Обе группы матерей были идентичны как по срокам гестации (36-39 недель), характеру произведенной операции, срокам извлечения плода, так и по физиологическому статусу рождения, частоте и выраженности экстрагенетальных заболеваний, исходному уровню маточно-плацентарно-

го-плодового кровотока. Все женщины были оперированы в плановом порядке. Показанием к абдоминальному родоразрешению служила болезнь оперированной матки с угрозой несостоятельности рубца. Таким образом, обе группы матерей были идентичны, разница заключалась только в способе обезболивания.

В 1-й группе женщин использовали двухсегментарный вариант КСЭА. После премедикации димедролом (0,2 мг/кг) на уровне L₁-Th₁₂ проводили пункцию и катетеризацию эпидурального пространства, катетер вводили в краниальном направлении на 4-5 см, с последующим введением «тест-дозы» (2 мл 2% лидокаина). Вторым моментом на уровне L₂-L₄ проводили субарахноидальную пункцию и вводили 2-2,5 мл 0,5% изобарического раствора бупивакаина. Операцию начинали через 6-8 минут с появления признаков полной сегментарной сенсорно-моторной блокады. Во 2-й группе женщин использовали общепринятый вариант ОМА с ИВЛ на основе кетамина, фентанила, дроперидола, закиси азота. До извлечения плода использовали только кетамин в дозировке не более 1,5мг/кг и закись азота с кислородом (2:1,1:1), тотальную курарезацию обеспечивали деполяризирующим релаксантом. В исключительных случаях во время индукции в наркоз использовали фентанил (не более 50-100 мкг).

Состояние новорожденных оценивали по массе тела, рост, шкала Апгар, шкала адаптивных неврологических возможностей NACS. Исследовали также кислотно-основное состояние (КОС) и газовый состав пуповинной крови (аппарат Siemens-348), суммарный кортизол плазмы крови (радиоиммунный метод). Все числовые величины полученные при исследовании, были обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (при помощи программы Microsoft Excel) и представлены в виде $M \pm m$, где M-среднеарифметическое значение, m-стандартная ошибка. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$. Результаты исследования представлены в таблицах 1,2.

Результаты исследования и обсуждение. Сведения о функциональном состоянии новорожденных в зависимости от способа анестезиологического пособия представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 все дети были доношенными, их вес при рождении в 1-й и 2-й группах не отличался друг от друга. Оценка по шкале Апгар показала достоверное ($p < 0,05$) снижение бальности во 2-й группе. Так, на первой минуте у детей 1-й группы регистрировали 8,1±0,1 балла, в то время как во 2-й группе только 7,1±0,2 балла. К пятой минуте новорожденные 1-й группы оценены в 9,3±0,2 балла, а во 2-й только 8,2±0,1 балла ($p < 0,05$). Клиническая картина адаптации детей рожденных в условиях общей анестезии в сравнении с новорожденными извлеченными в условиях КСЭА показала более частое нарушение становления самостоятельного дыхания, выраженную мышечную гипотонию, необходимость в экстренной санации верхних дыхательных путей и масочной оксигенации. Через 5 минут после рождения у части детей 2-й группы сохранялся акроцианоз, учащенное дыхание, мышечная гипотония, в то время как у преобладающего большинства новорожденных извлеченных в условиях КСЭА (1 группа) регистрировали послеродовое состояние близкое к физиологическому.

При определении психоневрологической адаптации по шкале NACS в тестах на адаптационные способности («пассивный тонус», «активный тонус», «физиологические рефлексы») общая оценка через 2 часа после рождения у детей 1-й группы была достоверно более высокой, чем у новорожденных извлеченных в условиях ОМА с ИВЛ (2 группа). Аналогичную картину наблюдали и через 24 часа после рождения (см таблицу 1).

Сведения о влиянии КСЭА и ОМА на кислотно-основное состояние, газовый состав крови, суммарный кортизол у новорожденных 1-й и 2-й группы представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, газовый состав крови и метаболический показатель ВЕ у новорожденных извлеченных в условиях КСЭА достоверно отличались от таковых у детей извлеченных в условиях ОМА с ИВЛ. Так, рСО₂ пуповинной крови у новорожденных 1-й группы составлял 41,2±1,1 мм.рт.ст, в то время как у детей 2-й группы - 45,8±0,41 мм.рт.ст ($p < 0,05$). В обеих изучаемых группах имело место снижение, относительно должных физиологических величин, парциального напряжения кислорода, однако достоверно более выраженное у

Таблица 1.

Показатели функционального состояния новорожденных.

Изучаемые показатели	Способ обезболивания	
	КСЭА (1 группа)	ОМА с ИВЛ (2 группа)
Вес при рождении в граммах	3180,4±50,3	3210,2±46,8⊗
Шкала Апгар (баллы)		
1 минута	8,1±0,1	7,1±1,0⊗
5 минут	9,3±0,2	8,2±0,1⊗
Шкала NACS (баллы)		
2 часа	36,8±0,5	31,4±0,6⊗
24 часа	39,2±0,6	34,7±0,7⊗

Примечание: ⊗- достоверность различий ($p < 0,05$) между 1-й и 2-й группами.

Таблица 1.

Показатели функционального состояния новорожденных.

Изучаемые показатели	Способ обезболивания	
	КСЭА (1 группа)	ОМА с ИВЛ (2 группа)
pH	7,3±0,01	7,28±0,016 ⊗
pCO ₂ мм.рт.ст	41,2±1,1	45,8±0,41 ⊗
pO ₂ мм.рт.ст	34,1±0,74	30,6±0,54 ⊗
BE ммоль/л	- 5,3±0,24	-7,8±0,21 ⊗
СК нмоль/л	591,3±30,2	222,4±18,3 ⊗

Примечание: x - достоверность различий ($p < 0,05$) между 1-й и 2-й группами.

детей 2-й группы. Метаболический показатель BE у новорожденных 2-й группы составлял - 7,8±0,21 мэкв/л, в то время как в 1-й группе детей только - 5,3±0,24 мэкв/л ($p < 0,05$). Различия в показателях pH пуповинной крови не носили достоверного характера.

У детей извлеченных в условиях КСЭА суммарный кортизол при рождении составлял 591,3±30,2 нмоль/л, в то время как у новорожденных извлеченных в условиях ОМА только 222,4±18,3 нмоль/л ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что у детей 1-й группы концентрация суммарного кортизола в крови приближалась к таковой у новорожденных извлеченных естественным путем. Высокая концентрация кортизола в крови новорожденных указывает на формирование адекватной физиологической реакции на процесс рождения. В тоже время низкая концентрация кортизола, зарегистрированная у детей извлеченных в условиях ОМА подтверждает угнетение у них функционального состояния системы гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников. Что, по нашему мнению, является последствием стресс - реакцией организма матери на неадекватную анестезию и медикаментозную перегрузку.

Заключение. Таким образом, приведенные данные позволяют заключить, что КСЭА и в частности её спинальный компонент оказывает минимальное влияние на новорожденных, извлеченных путем абдоминального родоразрешения, позволяет сохранить адаптационно-приспособительные возможности организма ребенка в период раннего постнаталь-

ного периода его адаптации к внеутробным условиям и имеет явные преимущества перед ОМА с ИВЛ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Касымова Н.А., Кадыров Н.У. Сравнительная оценка новорожденных, рожденных путем операции кесарево сечение в зависимости от вида анестезиологического пособия. // Материалы 3-го Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». Москва - 2000г.
2. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение в перинатальной медицине М. 2005 г.
3. Шифман Е.Н., Филиппович Г.В. Спинномозговая анестезия в акушерстве. - Петрозаводск. 2005 г.
4. Пырегов А.В. Дифференцированное анестезиологическое обеспечение абдоминального родоразрешения беременных высокого риска. Дис. д-ра мед. Наук - М. 2007 г.
5. Kaycan N., Bigat Z., Bostug Net al. Comparison of the maternal and neonatal effects of CSEA, epidural and general anaesthesia. // Minerva anaesthesiologica. - Vol.67.-Supple.1, N5-2001.
6. Vandermeersch E. Combined Spinal-Epidural Anaesthesia. Brussels: 2003.
7. Reynolds F., Seed P.T. Anesthesia for cesarean section and neonatal acid-basis status; a meta-analysis. // Anaesthesia. 2005, Dec:60 (12); 1238-9
8. Chaninov M., Yershfeld S., Cohen M.L. Fluid preload spinal anaesthesia in Caesarean section: the effect on neonatal acid-base status // Europ.J.of Anaesthesiol. - 2006. - V.23. - №8 - p. 676-679.

ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЕВ ГЕНФЕРОН® У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Ясин С.В., Кареева Н.В., Доброхотова Ю.Э.

*Российский государственный медицинский университет Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию*

Кичик тос соҳаси органларининг сурункали яллиғлиниши хасталиклари мавжуд бўлган аёлларда Генферон® суппозиторларини қўллаш

Ясин С.В., Кареева Н.В., Доброхотова Ю.Э.

Ушбу мақолада аёлларда КТАСЯК иммунологик текширувларининг натижалари кўрсатиб ўтилган. Бу натижалар топиқ цитокинотерапиянинг мақсадга мувофиқлигини тасдиқлайди

Use of Genferon® suppositories for woman with chronic inflammatory diseases of small pelvis

Yasin S.V., Kareeva N.V., Dobrokhotova Yu.E.

In this article we present the data of the results of immunological studies in chronic inflammatory diseases of small pelvis in woman. These results confirm the expediency and the prospects of topical cytokines therapy.

Проблема воспалительных заболеваний женской половой системы, занимающих в настоящее время первое место в структуре женской заболеваемости, является одной из ведущих в гинекологии. Повышение частоты воспалительных заболеваний репродуктивной системы женщины отмечается в последние годы во всех странах мира.

В России за последние 5 лет частота воспалительных заболеваний половых органов увеличилась на 30,5% и продолжает расти. Особое место, в связи с их широким распространением, занимают хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ). Эти заболевания возникают преимущественно в молодом возрасте, характеризуются длительным, затяжным течением, приводят к развитию стойкого болевого синдрома, расстройству менструального цикла, нарушениям репродуктивной и сексуальной функций. Для ХВЗОМТ характерно вторичное вовлечение в патологический процесс нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма. Их следствием нередко является развитие тяжелого деформирующего процесса в маточных трубах, обуславливающего трубное бесплодие.

Установлено, что 30–40% больных ХВЗОМТ страдают бесплодием, а 30% – невынашиванием беременности. В связи с тем, что сохранение и восстановление репродуктивной функции имеет большую социальную значимость, предупреждение и лечение воспалительных заболеваний половых органов является чрезвычайно важным аспектом охраны здоровья женщин.

Перспективным направлением в области лечения ХВЗОМТ является топическая цитокинотерапия. По своей сути цитокины являются универсальными медиаторами межклеточных взаимодействий, т.е. теми молекулами, при помощи которых клетки иммунной системы и других си-

стем организма «общаются» друг с другом. Эти белки играют важную роль в регуляции широкого круга патофизиологических процессов: в частности, цитокинами регулируются, с одной стороны, процессы повреждения и воспаления тканей, а с другой стороны – процессы репарации и регенерации.

Цитокины обладают такими свойствами как плейотропность, каскадность, синергизм и антагонизм, что в каждом конкретном случае приводит к уникальности регуляции межклеточных взаимодействий при развитии того или иного процесса. Следовательно, сильной стороной применения цитокинотерапии является физиологичность и, в то же время, своеобразность действия цитокинов на патогенез различных заболеваний. Ярким примером может служить иммуномодулирующее действие данных белков: в случае недостаточной активации клеток иммунной системы, которая может быть обусловлена дисбалансом выработки цитокинов, применение цитокинов как терапевтического средства приводит к усилению функциональной активности этих клеток и, наоборот, при гиперактивности клеток иммунной системы дополнительная доза цитокинов вызывает нормализацию их деятельности.

Системное (внутримышечное и внутривенное) введение далеко не всегда обеспечивает эффективную доставку цитокинов в очаг патологического процесса. Оно сопряжено с быстрой инактивацией и быстрым выведением цитокина из организма и, следовательно, с необходимостью частого инъекционного введения больших доз препарата. Системное введение нередко сопровождается рядом нежелательных побочных реакций. Оно сравнительно трудоемкое и менее доступное для массового применения. Инъекционное введение препарата непосредственно в очаги поражения не всегда осуществимо и, кроме

того, практически всегда сопровождается теми же побочными реакциями, что и системное введение. Поэтому наиболее привлекательной выглядит возможность местного применения препаратов.

Препараты интерферона-альфа (ИФН α) в форме суппозитория активно используются в комплексной терапии урогенитальных заболеваний в течение последних десяти лет, что связано с их выраженным иммуномодулирующим, противовирусным и антибактериальным действием.

С целью обоснования необходимости применения цитокинотерапии как патогенетически обоснованной терапии у женщин с ХВЗОМТ нами было проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование женщин с ХВЗОМТ, получавших терапию препаратом Генферон \textcircled{R} .

Препарат Генферон \textcircled{R} компании «Биокад» представляет собой суппозитории для вагинального и ректального введения. В состав свечей входят три действующие вещества: интерферон человеческого рекомбинантный альфа-2 в дозировке 250 000, 500 000 или 1 000 000 МЕ, таурин – 0,01 г и анестезин – 0,055 г. Жировой основой свечей является твердый жир. Все вещества, входящие в состав препарата Генферон \textcircled{R} , разрешены для использования в медицинской практике в качестве самостоятельных или вспомогательных веществ. Препарат не токсичен, не пирогенен, не обладает местно-раздражающим действием. Генферон \textcircled{R} является комбинированным препаратом, оказывающим как местное, так и системное действие. Его терапевтический эффект является результатом действия входящих в его состав активных компонентов.

Интерферон альфа-2 оказывает противовирусное, антибактериальное и иммуномодулирующее действие. Под воздействием интерферона альфа-2 в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, фагоцитов, а также интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Активизация лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации первичных патологических очагов и обеспечивает восстановление продукции секреторного иммуноглобулина А. Интерферон альфа-2 также непосредственно ингибирует размножение вирусов и хламидий. Таурин, включенный в состав свечи, повышает биологический эффект ИФН α за счет своих антиоксидантных и мембраностабилизирующих свойств, а также значительно ускоряет эпителизацию поврежденных тканей за счет выраженного репаративного эффекта. Анестезин препятствует возникновению болевых импульсов в окончаниях чувствительных нервов, блокирует их проведение по нервным волокнам, тем самым купируя субъективные проявления заболевания (боль, зуд, чувство жжения и др.) и избавляя пациента от страданий, что существенно повышает качество жизни во время лечения.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 60 женщин. В основную группу были включены 30 па-

циенток в возрасте от 18 до 36 лет с диагнозом хронический сальпингоофорит в стадии ремиссии, получавшие суппозитории Генферон \textcircled{R} в дозировке 500 000 МЕ по 1 свече два раза в сутки ежедневно в течение 10 дней. В контрольную группу были включены 30 практически здоровых женщин в возрасте от 18 до 36 лет, проходивших профилактический медицинский осмотр.

Всем пациенткам до начала лечения проводились клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, микроскопия мазков из трех точек, обследование на ИППП, УЗИ органов малого таза, доплерометрия в яичниковых и маточных артериях, исследование содержания цитокинов в цервикальной слизи. По окончании терапии проводились контрольные клинические, лабораторно-инструментальные и иммунологические исследования.

С целью изучения особенностей локальной продукции цитокинов у женщин с ХВЗОМТ, а также ее изменения при применении свечей Генферон \textcircled{R} , нами проведено сравнительное исследование содержания в цервикальной слизи интерлейкина-1 (IL-1), интерлейкина-4 (IL-4) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО α) методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами ООО «Цитокин» (С.-Петербург) согласно прилагаемой инструкции.

В связи с тем, что индивидуальные показатели в выборках имели многократные отличия, статистическую обработку данных проводили на основе логарифмированных величин абсолютных значений концентрации. Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты показали, что концентрация провоспалительных цитокинов в цервикальной слизи у пациенток основной группы составили: ФНО α (до терапии – 217,93 \pm 4,45 пкг/мл, после терапии – 153,65 \pm 4,3 пкг/мл), IL-1 (до терапии – 121,72 \pm 4,46 пкг/мл, после терапии – 75,32 \pm 5,25 пкг/мл), противовоспалительных – IL-4 (до терапии – 337,06 \pm 5,5 пкг/мл, после терапии – 512,05 \pm 4,25 пкг/мл). У здоровых женщин эти показатели составили: IL-1 – 48,44 \pm 2,5, ФНО α – 120,43 \pm 5,3, IL-4 – 626,84 \pm 3,7 (p < 0,05).

Концентрация провоспалительного цитокина ФНО α в цервикальной слизи у женщин с ХВЗОМТ до и после терапии составляла 217,93 \pm 4,45 пкг/мл и 153,65 \pm 4,3 пкг/мл, соответственно (Рисунок 1). Снижение концентрации после курса лечения было отмечено и в случае провоспалительного цитокина IL-1 – полученные до и после терапии значения составили 121,72 \pm 4,46 пкг/мл и 75,32 \pm 5,25 пкг/мл, соответственно. Концентрация противовоспалительного цитокина IL-4 повышалась в процессе лечения, составив до терапии 337,06 \pm 5,5 пкг/мл, а после – 512,05 \pm 4,25 пкг/мл. У здоровых женщин показатели концентраций цитокинов в цервикальной слизи составили: ФНО α – 120,43 \pm 5,3 пкг/мл, IL-1 – 48,44 \pm 2,5 пкг/мл, IL-4 – 626,84 \pm 3,7 пкг/мл. Различия в концентрации цитокинов у здоровых женщин и пациенток с ХВЗОМТ, а также у больных ХВЗОМТ до и после применения препарата были статистически достоверны (p < 0,05).

Анализ мониторинга исследуемых провоспалительных цитокинов показал, что уровень IL-1 и ФНО α в цервикальной слизи при ХВЗОМТ повышен, а на фоне применения свечей «Генферон» их уровень снизился. Противовоспалительные цитокины - IL-4 - показатели их были снижены, а после применения свечей «Генферон», уровень их стал выше.

Анализ результатов иммунологических исследований показал, что уровень провоспалительных цитокинов IL-1 и ФНО α в цервикальной слизи при ХВЗОМТ повышен, а на фоне применения свечей Генферон® он снижается. В случае противовоспалительного цитокина IL-4 наблюдалась обратная динамика - его концентрация у больных с ХВЗОМТ была снижена, а после применения препарата Генферон® уровень IL-4 повышается.

Все женщины 1 группы отметили уменьшение болевых ощущений, а также нормализовалось количество лейкоцитов в мазках по Грамму, нормализовался менструальный цикл.

Все больные ХВЗОМТ, включенные в исследование, отметили уменьшение болевых ощущений и нормализацию менструального цикла. Зарегистрирована нормализация количества лейкоцитов в мазках, окрашенных по Граму.

Исходя из полученных результатов можно сделать вывод о том, что при ХВЗОМТ имеет место признаки вторичной иммунологической недостаточности по Т-клеточному звену иммунитета, а

это приводит к недостаточной выработке интерферона (Т-лимфоциты не являются основными продуцентами ИФН α !), что влечет за собой снижение фагоцитарной активности макрофагов.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что при ХВЗОМТ наблюдается нарушение нормального соотношения про- и противовоспалительных цитокинов. Это нарушение иммунологического гомеостаза приводит к запуску самоподдерживающегося воспалительного процесса. В условиях хронического воспаления, из-за истощения эффекторных звеньев иммунной системы и активации супрессорных механизмов, может развиваться вторичный иммунодефицит. Его следствием является неэффективная элиминация патогенных микроорганизмов, которая повышает вероятность рецидивов инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза, а также вторичных инфекций.

Введение экзогенного интерферона позволяет избежать подобных нежелательных явлений, нормализует продукцию цитокинов, как провоспалительных, так и противовоспалительных в цервикальном секрете у женщин с ХВЗОМТ. Таким образом, суппозитории «Генферон» целесообразно использовать в комплексном лечении ХВЗОМТ у женщин, так как в ходе данного исследования, показана высокая клиническая эффективность препарата «Генферон», обладающего противовоспалительным, иммуномодулирующим действием, направленным на восстано-

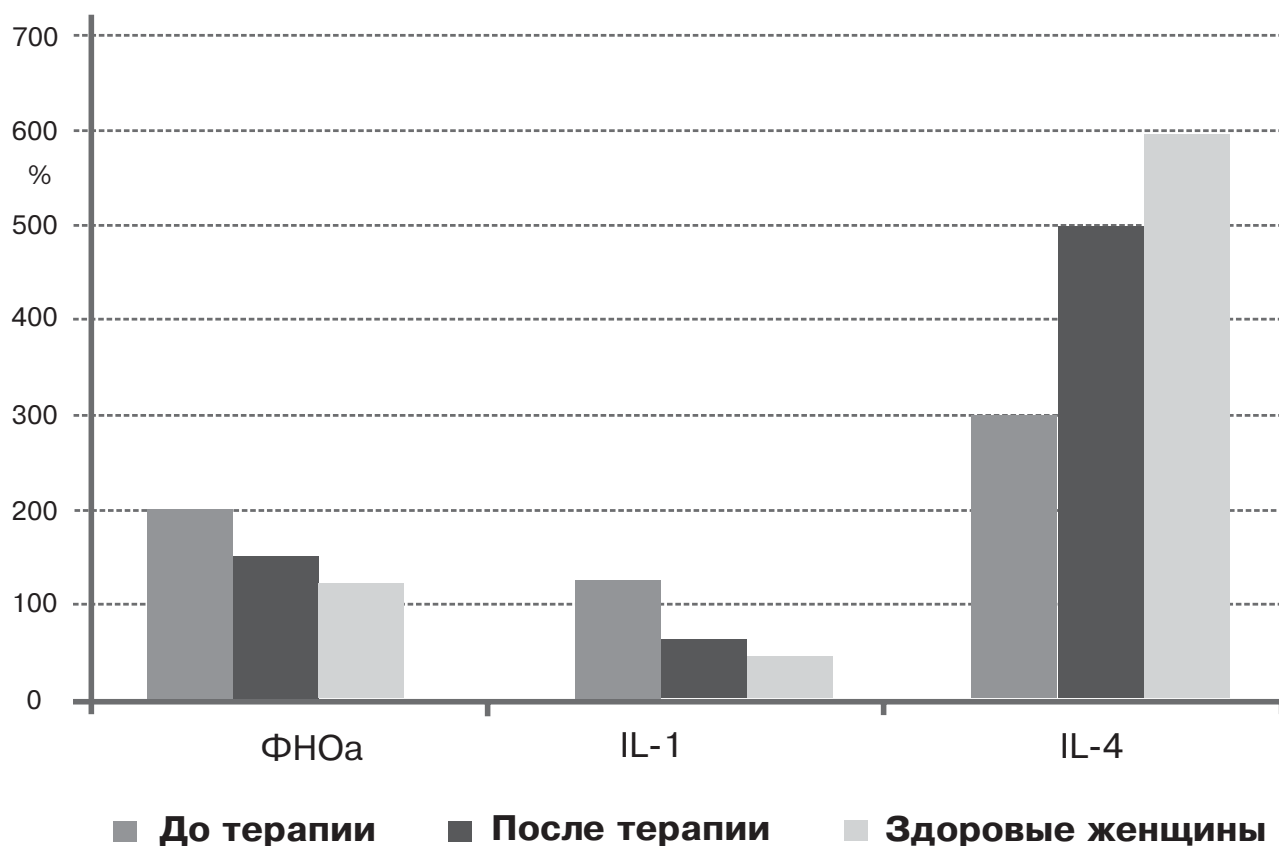


Рис. 1. Уровень цитокинов (пкг/мл) в цервикальной слизи

ние основных звеньев иммунитета.

В ходе данного исследования показано, что введение экзогенного ИФН α приводит к нормализации уровня как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов в цервикальном секрете у женщин с ХВЗОМТ. Нормализация иммунологических показателей коррелировала с положительной динамикой клинических симптомов заболевания. Следует отметить, что вектор иммуномодулирующего действия интерферона зависит от иммунологического статуса пациента. В случае недостаточной активации иммунокомпетентных клеток назначение препаратов ИФН α позволяет стимулировать реакции клеточного и гуморального иммунитета. В то же время в условиях патологической активации иммунной системы введение экзогенного ИФН α позволяет добиться снижения интенсивности воспалительного процесса за счет торможения пролиферации иммунокомпетентных клеток и нормализации их функциональной активности.

Таким образом, суппозитории Генферон® обладают выраженным противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Их применение позволяет точно влиять на иммунопатогенез хронических воспалительных процессов путем восстановления нарушенного иммунологического гомеостаза. Высокая клиническая эффективность препарата Генферон® позволяет рекомендовать его для применения в комплекс-

ном лечении ХВЗОМТ у женщин.

Литература:

1. Змушко Е.И., Белозерова Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология. Руководство для врачей. С-Пб., Питер. - 2001. - с. 576.
2. Рабалкин С.Б., Мирзабаева А.К. // в кн. Альтернативные подходы к терапии урогенитальных заболеваний. С.-Петербург, 2000.
3. Тареева Т. Г. Перинатальные аспекты смешанной урогенитальной инфекции (патогенез, прогноз, профилактика). Автореферат дисс. д.м.н., Москва, 2000, - с. 46.
4. Кузнецов В.П., Маркелова Е.В., Колесникова Н.В. и др. Цитокины в патогенезе инфекций и иммунокоррекция. // Аллергология и иммунология. - 2001. - Т. 2, № 3. - с. 6.
5. Стрижаков А.Н., Каграманова Ж.А., Якубович Д.В. Клинико-иммунологическое обоснование терапии больных острым воспалением придатков матки. // Вопросы гинекологии акушерства и перинатологии. - 2004. - Т. 1, № 3. - с. 26-29.
6. Хаитов В.А., Гусев Е.Ю. Иммунология локального и системного воспаления. // Аллергология и иммунология. - 2001. - Т. 2, № 5. - с. 7.
7. Igarashi T., Konno R., Okamoto S., et al. Involvement of granule mediated apoptosis in the cyclic changes of normal human endometrium. // Tohoku J Exp Med. - 2001. - Vol. 193, № 1. - p. 13-25.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНФЕРОНА И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Ваусов А.Ш., Султанов С.Н., Ваусов И.А., Мадаминова Л.М.
ТМА, РСНПМЦ АиГ МЗ Р Уз*

Experience with Genferona and laser therapy in the treatment of anogenital lesions of viral etiology

*Vaisov A.Sh., Sultanov S.N., Vaisov I.A., Madaminov L.M.
TMA, RSNPMTS AIG M R Uz*

Конец XX и начало XXI века характеризовался в странах СНГ, обострением социальных и экономических проблем, дефицитом финансирования и полной неготовностью медицины к рыночным условиям, а также резко возросшей сексуальной активностью населения. При этом, сексуальные услуги стали товаром и явились благодатной почвой для распространения не только классических венерических болезней, но регистрации и роста новых инфекций передаваемых половым путем (ИППП). Из инфекций нового поколения, наиболее пристальное внимание привлекают вирусные: ВИЧ, ВПГ и ВПЧ (папилломавирус).

С появлением современных методов лабораторной диагностики (ПЦР, ИФА, иммуноморфологические - ПИФ и НИФ, выделение вируса в культуре, цитологические) появилась возможность идентифицировать ВПЧ и ВПГ двух типов (ВПГ-1 и ВПГ-2), а также определить основную причину роста заболеваемости и распространения этих инфекции - это большое число половых партнеров, пренебрежение принципами безопасного секса, раннее начало половой жизни, гомосексуальные связи.

Огромный интерес к папилломавирусам, наряду с высоким уровнем заболеваемости, вызван тем, что, в отличие от других микроорганизмов, вызывающих генитальные инфекции, ПВЧ могут приводить к развитию различных опухолей, как доброкачественных, так и злокачественных. Результатом инфекции являются заболевания аногенитальной области: рак шейки матки, вульвы, влагалища, перианальной области и генитальные кондиломы; причем, рак шейки матки - второе по частоте злокачественное заболевание женщин.

В последние годы диагностика ПВЧ обогатилась методологией типирования папилломавируса, что дало возможность с помощью ПЦР-анализа выявлять подгруппы «низкой, средней и высокой степени» онкогенного риска, и в большинстве случаев прогнозировать развитие цервикального рака.

Инфицирование возбудителями ГГ и ПВИ и последующее развитие заболевания тесно связаны с иммунным статусом организма. В свою очередь, вирусы сами иницируют формирование иммунодефицита, в результате чего снижается противовирусный иммунитет. Поэтому в последние годы в терапии ГГ и генитального кондиломатоза широко применяются иммуномодуляторы, препараты интерферона, обладающие противовирусным, иммуномодулирующим и антипролиферативным действием.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния вирусной инфекции на репродуктивную фун-

кцию и оценка эффективности Генферона и СО-2 лазера в комплексной терапии папилломавирусных поражений различной локализации.

Из семейных пар обратившихся в клинику РСНПМЦ АиГ МЗ РУз по поводу бесплодного брака были выделены 2 группы супружеских пар. 1 группа из 45 супружеских пар, где у женщины при комплексном клинико-лабораторном обследовании была выявлена моноинфекция - вирус простого герпеса (ВПГ).

Возраст пациенток был от 18 до 35 лет. Первичное бесплодие выявлено у 27 (60%) женщин, вторичное - у 18 (40%).

При обследовании гинекологом выявлены воспаление матки и придатков у всех женщин, эктопия шейки матки у 8, синдром поликистозных яичников у 8 и эндометриоз. Аборты имели 12 женщин, самопроизвольные выкидыши - 6. Основными жалобами женщин при поступлении были боли в пояснице и внизу живота, нарушение менструального цикла и отсутствие наступления беременности.

Мужчины при обследовании больными себя не считали. В прошлом, хоть один эпизод герпетических высыпаний отметили 15 мужчин, а один отметил рецидивы болезни, связав их с половым контактом с женой, у которой менструации или только закончились, или должны были начаться. При обследовании у 2 мужчин определен фолликулярный простатит, у 4 - олигозооспермия, и у 2 повышенное количество лейкоцитов в сперме.

Мы провели эпизодическую терапию 30 семейным парам, препаратом Валтрекс (Валацикловир) по 500 мг 2 раза в сутки, в течении 5 дней. Вторая часть этой группы больных из 15 семейных пар приём Валтрекс сочетали с Генфероном (производства Российской биотехнологической компании БИОКАД) по 500 тысяч единиц 2 раза в день в течение 10 дней (женщины вагинально, мужчины - ректально). Проведенное лечение обеспечивало клинический эффект в обеих группах. В группе принимавших Генферон отмечалось более быстрое уменьшение болевых ощущений, высыхание и эпителизация эрозий к 2-3 дню, и отсутствие рецидивов ВПГ в течении 60 недель после завершения курса лечения.

Под нашим наблюдением находилось также 2 группа из 48 супружеских пар, где у обеих, или у одного из супругов, (всего 58 человек) клинически определялись манифестации папилломавирусной инфекции - папиллома, бородавка, остроконечная кондилома.

Учитывая, что сегодня невозможно добиться полной санации вирусной инфекции (ПВЧ), основной целью терапии в данной группе больных, было обеспе-

чение стойкого клинического излечения, т.е. добиться эффективного удаления клинических проявлений ПВЧ, а не элиминация возбудителя.

Всем больным назначался Генферон в виде ректальных (1 млнМЕ) или вагинальных ((0,5 млнМЕ) суппозиторииев 2 раза в день утром и вечером в течение 10 суток. После этого проводилась удаление кондилом и папиллом углекислотным лазером CO₂ (длина волны 10,6 мкм, выходная мощность 40 Вт) с предварительной местной анестезией препаратами лидокаина. В зависимости от количества и размеров кондилом, проводили одно или двух этапное удаление сфокусированным лучом CO₂ лазера, с последующей обработкой эрозии краской Кастеллани.

Необходимо отметить, что при наличии остроконечных кондилом у женщины (кондиломатоз вульвы – у 6, кондиломатоз влагалища – у 2), у супругов определялись остроконечные кондиломы расположенные в основном на головке, у корня полового члена, на мошонке или в анальной области. При наличии папиллом или различных форм бородавок у одного из супругов, такой тенденции не выявляла.

Если жалобы мужчин с любыми проявлениями ПВЧ в основном заключались в появлении каких-то не беспокоивших больного высыпаний, то жалобы женщин были разнообразны - от косметически уродующих высыпаний на теле, до зуда и жжения, выделений из влагалища, наличия запаха различной интенсивности и дизурические явления.

Процесс удаления больные перенесли хорошо, никаких болезненных ощущений не отмечали. Образовавшаяся корочка держалась 4-6 дней, после которой эрозия эпителизировалась без образования рубцовой ткани.

Динамические наблюдения в сроки от трёх до 6 месяцев показали, рецидива клинических проявлений папилломавирусной инфекции не было.

Таким образом, полученные результаты, свидетельствуют об отсутствии побочных реакций и осложнений, а также о высокой клинической эффективности комплекса терапевтических мероприятий включающих применение Генферона и лазерной воздействие.

Литература:

1. Аковбян В.А., Анкирская А.С., Богатырева И.И. и др. Лечение и профилактика проявлений папилломавирусной инфекции уrogenитального тракта.//ЗППП. — 1999. — №1. — с. 73 – 75.
2. Аполихина И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин / под ред. В.И. Кулакова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — с.112
3. Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки. — 2001.
4. Боринский И.Ф., Самойленко И.И., Зайцев А.В., Махмудов Ф.Р. Комплексный метод лечения хронической рецидивирующей герпетической инфекции // Российский журнал кожных и венерических болезней. Приложение «Герпес». — 2006. — № 1. — с. 43-47.
5. Воробьева Л. И., Неймарк С. Л., Бакшеев С. Н. Отдельные аспекты распространенности папилломавирусной инфекции среди пациенток обратившихся в женскую консультацию. Состав высококоонкогенной группы. Сочетание с другими инфекционными агентами в ассоциате.//Материалы конференции в г. Тернополь. — 2003.

6. Гомберг М.А., Соловьев А.М. Лечение пораженной аногенитальной области, вызванных папилломавирусной инфекцией. Сообщение 2 // Вестник дерматологии и венерологии. — 1998. — № 3. — с. 23-27.
7. Ершов Ф.И. Антигерпетика // Российский журнал кожных и венерических болезней. Приложение «Герпес».— 2006. — № 1. — с. 5-11.
8. Ивашков Е.А. Материалы научно-практического симпозиума «Технологии генодиагностики в практическом здравоохранении». — 2002.
9. Киселев Ф.Л. Итоги науки и техники.//Серия Вирусология. — 1988. — №15. — с. 4 – 36.
10. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. — 5-е изд., обнов. и доп. — СПб.: Ольга, 2000. — с. 572
11. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А., и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. — 1999.
12. Кулаков В.И. Инфекции, передаваемые половым путем, — проблема настоящего и будущего // Акушерство и гинекология. — 2003. — № 6. — с. 3-6.
13. Потапнев М.Л. Иммунорегуляторные цитокины, иммунокомпетентные клетки и патогенез инфекционных заболеваний.//Здравоохранение Белоруссии. — 1997. — №4. — с. 27 – 31.
14. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки. — М., 2000. — с. 435
15. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция гениталий: роль интерферонов в патогенезе и лечении // Гинекология. — 2003. — Т. 5, № 5. — с. 195-198.
16. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес (дерматологические аспекты). — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — с.160
17. Скрипкин Ю.К., Яцуха М.В. Остроконечный кондиломатоз // Российский медицинский журнал. — 1998. — №4. — с. 39-42.
18. Сухих Т.Г., Ванько Л.В. Механизмы иммунной защиты при острых и хронических заболеваниях органов репродуктивной системы // Акушерство и гинекология. — 2006. — Приложение. — с. 17-24.
19. Уджуху В.Ю., Кубылинский А.А., Тихомиров А.Л. Опыт применения генферона и криодеструкции при лечении поражений аногенитальной области вирусом папилломы человека // Инфекционные болезни. — 2005. — № 3. — с. 1-3.
20. Шульженко А.Е. Герпетические инфекции человека: перспективы диагностики и противовирусного лечения //Российский журнал кожных и венерических болезней. Приложение «Герпес». — 2006. — № 1. — с. 51-57.
21. Allen A.L., Siegfried E.C. The natural history of condyloma in children // J. Am. Acad. Dermatol. — 1998. — Vol. 6, N 9. — p. 951-955.
22. Gross G, Jablonska S, Pfister H. Stegner HE. Genital Papillomavirus Infections Modern Diagnosis and Treatment.//Spigner-Verlag. — 1990. — p. 449.
23. Petersen C.S., Veien N.K. Imiquimod creme 5 per cent — a new agent for topical treatment of external condylomata // Ugeskr Laeger. — 1999. — Vol. 161, N 15. — p. 6368-6370.
24. Witte K., Berkowitz J.M., Cameron K.A., McKeon J.K. Preventing the spread of genital warts: using fear appeals to promote self-protective behaviors // Health. Educ. Behav. — 1998. — Vol. 25, N 5. — p. 571-585.

НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ОНАЛАР ЎЛИМИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ САБАБЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Жалолов Р. Қ.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институту

Материнский смертности причины и факторы риска в Наманганской области

Жалолов Р. Қ.

Представлен анализ материнский смертности в 2000 - 2006 Наманганской области. Изучен ретроспективный анализ 71 случаев. Отмечена снижение материнской смертности до 31 (2005) по сравнению с 45 (1991). Проведенный анализ показал, что в структуре материнской смертности ведущее место занимает другие причины 36,6%, кровотечение 32,3%, преэклампсия и эклампсия 18,3%. Анализ позволил отметить дефекты в ведении пациентах на этапах дородового наблюдения, родоразрешения и послеродового периода.

Maternal mortality - causes and risk factors in Namangan region

Jalolov R. Q.

Presented analysis of maternal mortality in 2000 - 2006 of Namangan region. Learnt retrospective analysis of 71 occurrences. Noted decrease of maternal mortality till 31 (2005) in comparison with 45(1991). Conducted analysis showed that in the structure of maternal mortality leading place occupied other reasons 36,6%, preeclampsia and eclampsia 18,3%. Analysis allowed us to mark defects in conduction patients to the antenatal care stages, delivery and postnatal stages.

Жамиятнинг ижтимоий-иқтисодий ҳолатини, репродуктив ёшдаги аёллар саломатлигини ва акушерлик хизмати даражасини акс эттиришда оналар ўлими кўрсаткичи асосий омиллардан саналади (1,4).

БЖССТ ҳар йили сайёра миз аҳолисининг саломатлик даражаси ва давлатларнинг соғлиқни сақлаш тизими ишлари тўғрисида тематик ҳисоботини чоп этади. Жумладан, 2005 йилги шундай ҳисобот оналар ва болалар соғлиғини муҳофаза қилишга қаратилган (2,5).

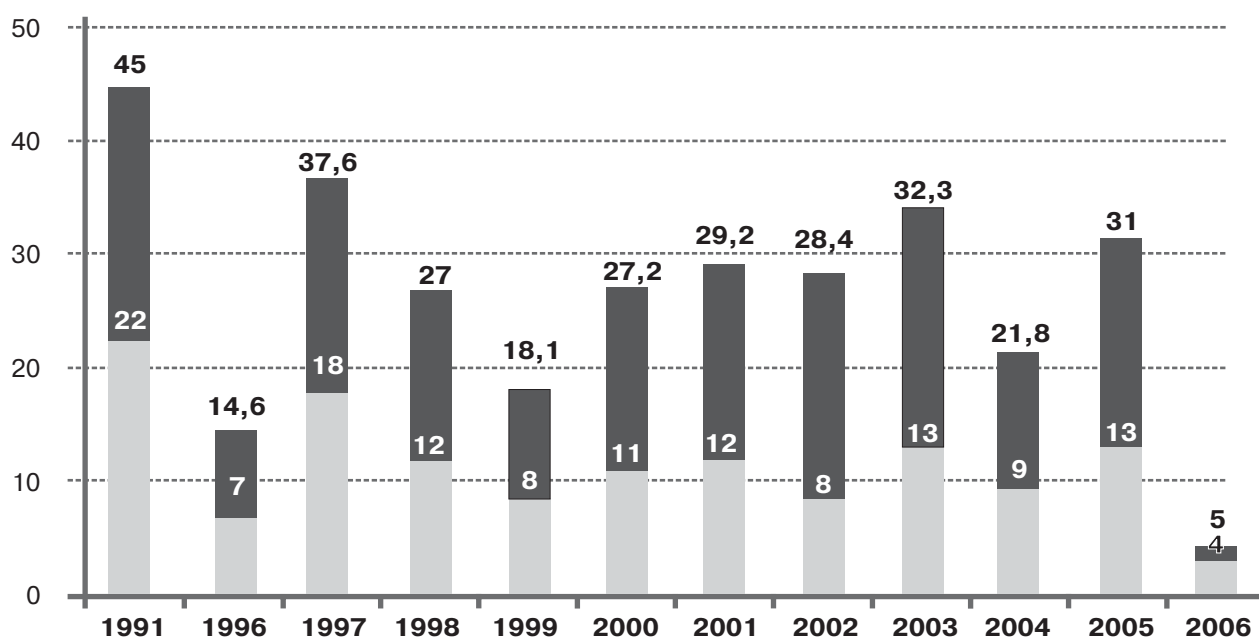
Ҳар йили ер юзиде 211 миллион нафар аёл ҳомиладор бўлади ва уларнинг тахминан 46 миллион нафари сунъий аборт билан, 137,6 миллион нафари туғруқ билан яқунланади. Ҳар

йили ҳомиладорлик, туғруқ билан боғлиқ 529 минг оналар ўлими содир бўлади ёки 100000 тирик туғилганга 400 туғруқдаги аёл ўлими тўғри келади. Уларнинг 11 - 17% туғруқ вақтида, 50 - 71% эса туғруқдан кейинги даврга тўғри келади. Туғруқдан кейинги даврдаги ўлим ҳодисасининг 45%и биринчи суткага, 2/3 қисми биринчи ҳафтага тўғри келади. (2,3,4).

Биз оналар ўлимига олиб келувчи асосий сабаблар ва омилларни ўрганиш мақсадида Наманган вилоятида 2000 - 2006 йил 6 ойида содир бўлган оналар ўлимини таҳлил қилдик.

Материал ва текшириш усуллари

Наманган вилоятида 2000 - 2006 йил 6 ой ичида



Текшириш натижалари ва муҳокамаси

содир бўлган 71 та оналар ўлимини ретроспектив таҳлил қилдик. Уларнинг тўлиқ таҳлили учун барча аёлларнинг бирламчи тиббий ҳужжатлари, индивидуал ҳомиладорлик картаси ва туғруқ тарихи билан танишиб, махсус карта тўлдириб, ўргандик.

Маълумотлар Microsof Office Excel праграммасага туширилиб, ҳисоблаб чиқилди.

Таҳлилларнинг кўрсатишича, Республикамиз мустақилликка эришгандан сўнг оналар касаллиниши ва ўлимини пасайтириш учун қабул қилинган умумий дастур натижасида Наманган вилоятида оналар ўлими 45 дан (ҳар 100000 тирик туғилишга - 1991) 31 гача (ҳар 100000 тирик туғилишга) камайган. Ҳатто 1999, 2002 йилларда 18,1 - 18,2 ҳар 100000 тирик туғилганга тўғри келган.

Оналар ўлими содир бўлишида аёллар ёши, ҳомиладорлик ва туғруқ паритети ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Барча аёллар ўлими стационар шароитида юз бериб, уларнинг 43,6% шаҳар аҳолисига ва 56,3% қишлоқ аҳолисига тўғри келади.

Оналар ўлими структураси ҳамма давлатларда ва регионларда хавф омилларга қараб ўзгариши ҳисобига бир хил эмас. Наманган вилоятида содир бўлган оналар ўлими структурасида билвосита сабаблар биринчи ўринда бўлиб, 36,6% ни ташкил қилади. Буларга анафилактик шок (23,0%), ўткир буйрак етишмовчилиги (30,7%), ўпка артериясини тромбоземи болияси (26,9%), HELLP синдроми (7,6%), наркоз ва реанимацион хатолар натижасидаги (11,5%) сабаблар киради.

Иккинчи ўринни акушерликдаги қон кетиш (32,3%) эгаллайди. Қон кетишдан ўлганларнинг 43,5% нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан барвақт кўчиши, 39,4% да туғруқдан кейинги гипо-

тоник қон кетиш, 13% да қон томир ичи тарқалган қон ивишининг бузилиш синдроми ва яна битта-сида йўлдошнинг олдинда ётиши ташкил қилади.

Учинчи ўринда акушерликнинг оғир асоратларидан 18,3% преэклампсия ва эклампсия бўлиб, 7,6% да ҳомиладорликнинг 23 ҳафтасидан, 30,7% да ҳомиладорликнинг 29-34 ҳафтасидан ва 53,8% да 35-36 ҳафта ҳомиладорлик муддатидан бошланган бу туғувчи аёлларнинг 100%ида камқонликнинг ҳар хил даражасида бўлиб, сурункали пиелонефрит 46,1% гломерулонефрит 15,3%, миокардиострофия 7,6%, жигар циррози ва сурункали гепатит 15,3% каби экстрагенитал касалликлар билан оғриган.

Уларнинг 38,4%ида туғруқ муддатида, 76%ида кечикиб ва 53,8%ида муддатидан олдин якунланган. Аёлларнинг 46%и оғир аҳволда келишига қарамай, табиий туғруқ орқали олиб борилиши нотўғри тактика олиб борилганлигини билдиради.

Оналар ўлими структурасида тўртинчи ўринни туғруқдан кейинги йирингли септик асоратлар эгаллаб, 8,4% ни ташкил қилади. Акушерликнинг бу асорати ўзгарувчан бўлиб (2003 й.) 15,3%, (2004 й.) 22,2 ва (2005 й.) оналар ўлимини 8,4%га сабаб бўлган. Аёлларнинг деярли барчаси 2 тадан экстрагенитал касалликлар билан оғриган. Уларни 50%и табиий туғруқ йўллари орқали, 50%ида кесар - кесиш амалиёти бажарилган бўлиб, 83,3%ини қайта туғувчи аёллар ташкил қилди.

Экстрагенитал касалликлар оналар ўлими структурасида бешинчи ўринни эгаллаб, 4,2%ни ташкил қилади. ЭГК орасида жигар ва юрак-қон томир касалликлари етакчилик қилади. Туғруқ паритети билан боғлаб ўрганганимизда 1-туғувчилар орасида билвосита бошқа сабаблар 44,4% ва преэклампсия ва эклампсия 29,6%ни, қайта туғувчиларда ҳоми-

Сабаблар	Жами n=71	Яшаш жойи		Паритет			Ёши			
		Шаҳар n=31	Қишлоқ n=40	Туғувчи n=27	Қайта туғувчи n=38	Кўп туғувчи n=6	20 ёшгача n=10	20-34 ёшгача n=52	35-39 ёш n=8	40 ва ундан юқори n=1
Қон кетиш	32,3	38,7	27,5	29,6	31,5	50,7	20	28,8	62,5	100
Экстрагенитал касалликлар	4,2	3,2	25		7,8			5,7		
Туғруқдан кейинги септик касалликлар	8,4	9,6	7,5	3,7	13,1			9,6	12,5	
Преэклампсия ва эклампсия	18,3	9,6	5	22,2	15,7	16,6	40	13,5	25	
Бошқа сабаблар	36,6	38,7	35	44,4	31,5	33,3	40	42,3		
Жами	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

ладорлик 100% экстрагенитал касаллик билан кечиб, қон кетиш 31,5% ва кўп туғувчиларда акушерликдаги қон кетиш 50,7%ни ташкил қилади.

Биринчи туғувчиларга нисбатан қайта ва кўп туғувчиларда акушерликлардаги қон кетиш юқори даражадалигини бошқа муаллифлар ҳам ўз ишларида кўрсатганлар (Асадов Д.А 1993, Кулаков В.И ва бошқ. 2001). Шунингдек, қайта ва кўп туғувчиларнинг 100%ида ўрта ва оғир даражали темир танқислиги синдроми камқонлиги билан бирга юрак қон-томир, пиелонефрит, гломерулонефрит, сурункали гепатит ва зотилжам каби касалликлар билан оғришлари бу гуруҳ аъзоларида қон кетиш ва туғруқдан кейинги йиринли септик касалликларнинг биринчи туғувчиларга нисбатан кўп учрашига сабаб бўлган. Аёлларнинг 20 ёшгача бўлганларида асосий ўлим сабаби презекламписия ва экламписия (40%)натижасида бўлиб, бошқа муаллифлар томонидан ҳам тасдиқланган (Репина М.А 2005). Ҳомиладор аёлларнинг 35-39 ёшлилари орасидаги ўлимнинг 62,5% ни, шунингдек 40 ва ундан катта ёшли ҳомиладорлар гуруҳида ҳам қон кетиш ягона сабаб бўлиб қолмоқда.

Антенатал даврдаги камчиликлар: лабаратор текширувларнинг тўлиқ эмаслиги ва патранаж хизматининг тўлиқ йўлга қўйилмаганлиги ҳам оналар ўлими содир бўлишидаги муҳим омилдир. (2,4).

Оналар ўлимига олиб келувчи яна бир хавфли омил стационарга ётқизиш ва ташкилий-тактик ёрдам кўрсатишдир. Бу босқичда ташхисдаги камчиликлар кечикиб, ноадекват даволаш, тор доирадаги мутахассислар консилиуми ва ёрдами ни ташкил қилишнинг ўз вақтида эмаслиги, ҳомиладорлик тўхтатилишининг кечикиши, ўз вақтида ва керакли ҳажмда жарроҳлик амалиёти ба-

жарилмаслиги, пастки даражали туғруқ комплексидан ҳомиладорларни юқори даражали туғруқ комплексларига кечикиб ўтказилишидан иборат. Стационар шароитда презекламписия оғир даражаси экламписия, туғруқдан кейинги қон кетиш ва йирингли септик касалликлар каби асоратларда ўз вақтида ва етарли ҳажмда жарроҳлик амалиёти ни бажариш ҳам оналар ўлимини олдини олишда аҳамиятга эга. (1,2,3).

Шундай қилиб тарғибот-ташвиқот ишларини ривожлантириш, оилани оқилона режалаштириш ва контрацептив воситаларга доир маълумотларни оилаларга етказиш, фертил ёшдаги аёлларни соғломлаштиришда тор доирадаги мутахассисларни жалб қилиш, акушерлик хизматини янада такомиллаштириш, муассасалар моддий-техникавий баъзасини кучайтириш ва тиббий ходимлар малакасини ошириб бориш келажакда акушерлик асоратларининг, шунингдек, оналар ўлимининг олдини олишга хизмат қилади.

Адабиётлар:

1.Джабборова Ю.К ва бошқалар. Материнская смертность и пути ее снижения в городе Ташкенте./ Вестник вр. общей практики. 2003.-№3. с. 363-366.

2. Курбанов Д.Д и соавт.Акушерские кровотечения в структуре материнской смертности в Республике Узбекистон.Педиатрия. 1999. - Спец.вып. - с. 25-27.

3. Шифман Е.М. Презекламписия, экламписия, HELLP- синдром.Издательство «Интел Тек». 2003.

4. Репина М.А. Презекламписия и материнская смертность. - СПб . - 2005.

5. Maternal health saly mather bood Programme mather- Baby Pachage. WHO (FHE/MSM).// Jeneva, 1994.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Саиджалилова Д.Д.
Ташкентская медицинская академия

Ривожланмаган ҳомиладорликнинг клиник аспектлари

Саиджалилова Д.Д.

Ривожланмаган ҳомиладорликнинг сабабларини аниқлаш учун 50 нафар аёл шу патология билан текширилди. Ривожланмаган ҳомиладорликка олиб келувчи яллиғланиш, эндокрин ва қўшма омиллар аниқланди. Аниқланган сабаблар ҳомила ўсишининг тўхтатишига олиб келади.

Clinik aspects of missed abortion

Saidjalilova D. D.

Analysis of scrapings from the uterine cavity of 50 women with missed abortion inflammatorily endocrine and combined factors associated with missed abortion were detected. The detected factors lead to cessation of embryonic development.

Проблема неразвивающейся беременности (НБ) чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспекте, так как частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достаточно высока (20 %) и среди ранних репродуктивных потерь составляет 45- 88,6% [1,2].

Наиболее частыми причинами НБ являются эндокринные и иммунные нарушения у матери, персистирующий эндометрит, хромосомные аномалии [2,3,4]. Стабильно высокая частота и многофакторность этой патологии, тяжесть осложнений для матери диктуют необходимость дальнейшего изучения и разработки новых методов профилактики женщин с НБ.

Цель исследования: Определить факторы риска развития неразвивающейся беременности на основании сопоставления результатов клинических исследований.

Материал и методы исследования: На базе 9 акушерского комплекса г. Ташкента проведено комплексное обследование 100 женщин, из них основную группу составили 50 пациенток, которые обратились по поводу НБ в сроки от 6 до 12 недели. Контрольную группу составили 50 женщин с физиологическим течением беременности, обратившиеся по поводу медицинского аборта в те же сроки.

При анализе анамнестических данных у женщин с НБ особое внимание уделялось на перенесенные заболевания, которые могли бы повлиять на процессы становления и функционирования репродуктивной системы.

Результаты и их обсуждение: Результаты сбора анамнеза показали, что пациентки с НБ чаще болели хроническими заболеваниями, такими, как хронический тонзиллит (30%), хронический гайморит (8%), хронический бронхит (16%). Кроме того, в основной группе пациенток значительно чаще отмечались гормонально обусловленные патологические состояния: фиброзно-кистозная мастопатия (30%) и диффузное увеличение щитовидной железы (32%).

Признаки эндокринных нарушений наблюдались у каждой четвертой пациентки основной группы. Так, нарушения обмена в виде ожирения П-Ш степени было у 32% пациенток, что достоверно реже, чем у женщин контрольной группы (4%). Следует отметить, что у 16% пациенток с НБ отмечалось типичное «кушингоидное» телосложение с неравномерным распределением подкожножировой клетчатки, гипертрихоз, акне и себорея, свидетельствующие о возможных дисэнцефальных нарушениях. Гирсутизм наблюдался у 20% женщин.

Таблица 1.

Характер менструальной функции.

Особенности менструальной функции		Основная (n=50)		Контроль (n=50)	
		Абс.	%	Абс.	%
Менархе	11 лет	2	4,0	21	42
	12-14 лет	40	80,0	24	58
	Старше 15 лет	8	16,0*	0	0
Регулярные		12	24,0*	49	98,0
Олигоменорея		22	44,0*	0	0
Дисфункциональные маточные кровотечения		4	8,0*	0	0
Перименструальные выделения		1	2,0	1	2,0

Примечание: достоверность различий по сравнению с контрольной группой $p < 0,05$.

Наступление менархе у всех женщин контрольной группы было своевременным, в то время как у женщин с НБ - лишь в 84% случаев. Кроме того, у пациенток контрольной группы менструальный цикл был регулярным, только одна из них (2%) отмечала эпизодические перименструальные выделения. Более половины женщин основной группы страдали различными нарушениями менструального цикла: олигоменореей (44%), дисфункциональными маточными кровотечениями (8%). Все это указывает на нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой систем, что неизбежно отражается на репродуктивной функции.

Среди женщин с НБ у 30% настоящая беременность была первой, у 36% в анамнезе были медицинские аборт и самопроизвольные роды, у 34% наблюдались неблагоприятные исходы предыдущих беременностей (табл. 2).

Как следует из приведенных данных, у каждой третьей женщины с НБ в анамнезе были повторные случаи невынашивания беременности. Обращает на себя внимание факт, что среди всех неблагоприятных исходов предыдущих беременностей в 64,7% случаев отмечалась НБ.

Следует отметить, что у 14% пациенток основной группы отмечалось бесплодие, причем у 6% из них оно было первичным (НБ диагностирована после его лечения) и у 8% - вторичным, наступившим после неблагоприятного исхода одной или нескольких беременностей.

О нарушениях репродуктивной функции женщин с НБ свидетельствует высокая частота гинекологических заболеваний (табл. 3).

Результаты исследований показали, что у женщин с НБ гормонозависимые заболевания отмечались в 36% случаев. Причем чаще отмечалось на-личие миомы матки, эндометриоза, кист яичников и гиперпластических процессов эндометрия. В 10% случаях наблюдалось сочетание двух и более нозологических форм (миома матки + эндометриоз; миома матки + железисто-кистозная гиперплазия эндометрия; эндометриоз + киста яичника и т.п.), по поводу которых в ряде случаев предпринимались эндоскопические операции. Это, безусловно, являлось неблагоприятным фоном для развития беременности.

Среди факторов риска и вероятных причин НБ определенное значение имеют воспалительные заболевания гениталий, которые отмечались в анамнезе у 38% пациенток (табл. 4).

Таблица 2.

Неблагоприятные исходы прежних беременностей у женщин с НБ

Количество неудачных беременностей	Абс.	%
1	6	12,0
2	4	8,0
3	3	6,0
Более 3	4	8,0
В том числе:		
Самопроизвольные выкидыши	9	18,0
Неразвивающаяся беременность	11	22,0
Выкидыши и неразвивающаяся беременность	3	6,0

Таблица 3.

Гинекологические заболевания невоспалительного характера заболевания	Основная (n=50)		Контроль (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Миома матки	5	10,0*	2	4,0
Эндометриоз	6	12,0*	1	2,0
Добр, кисты яичников	2	4,0*	-	-
Гиперплазия эндометрия	3	6,0%*		
Полипы эндометрия	2	4,0*	-	-
Перенесенные операции:				
Лапароскопия	4	8,0*	1	2,0
Гистероскопия	5	10,0*	-	-

* - достоверность различий показателей между группами $p < 0,05$

Таблица 4

Воспалительные заболевания гениталий у обследованных женщин

Заболевания	I группа (n=50)		II группа (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Кольпит	9	18,0	8	16,0
Эндоцервицит	5	10,0	3	6,0
Эрозия шейки матки	8	16,0*	4	8,0
Сальпингоофорит	9	18,0*	5	10
Эндометрит	5	10,0**	1	2,0
Сочетанные заболевания	17	34,0*	10	22,0

Примечание: * достоверность различий показателей между группами $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Из приведенных данных следует, что у пациенток с НБ достоверно чаще отмечался хронический эндометрит (10%), имеющий большое значение в развитии НБ. Как правило, у одной и той же пациентки имело место сочетание нескольких нозологических форм. Ретроспективно установить этиологию воспаления было весьма проблематично ввиду недостаточного предшествующего обследования пациенток. Только у 18% беременных с НБ имелись указания на наличие инфекций, передающихся половым путем (трихомониаз, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, вирус простого герпеса, цитомегаловирус).

Выводы: Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что у женщин с НБ имеет место отягощенный акушерский анамнез, высокая частота гормональных нарушений и обусловлен-

ных ими заболеваний, а также воспалительных процессов гениталий.

Литература:

1. Подзолкова Н.М., Мукова Б.Б. Основные причины неразвивающейся беременности ранних сроков. Матер. I междуна. конф. «Ранние сроки беременности», Москва, 2002, с. 274-280.
2. Салов И.А., Захарова Н.Б., Маринушкин Д.Н. Клинико-иммунологическая характеристика несостоявшегося аборта. Пленум Рос. ассоц. акуш-гин., Саратов, 1999, с. 300-301.
3. Серова О.Ф., Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин//Акуш. и гин.- 2001, № 1, с. 19-23.
4. Сидельникова В. М. Гормональные аспекты в клинике невынашивания// Русский медицинский журнал, том 9, № 19, 2001, с. 817-819.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Аюпова Ф.М., Рахматуллаева М. М., Нигматова Г.М.
Ташкентская медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии

Бачадон ичи воситаси қўлланганда қин микробиоценозининг ўзига хослиги

Аюпова Ф.М., Рахматуллаева М. М., Нигматова Г.М.

Репродуктив ёшдаги аёллар қин микробли «пейзажи» лактобактериялар миқдорига боғлиқ, бу — қин соғлом микробиоценозининг асосий гранти ҳисобланади. 3 ой БИВ билан сақланган аёлда колонизацион резистентликнинг бузилишини кўрсатувчи силжишлар кузатилмайди, лекин яллиғланиш цитокинларининг кўрсаткичлари ҳимоя-иммун механизмлар сустигидан ва бактериал вагиноз рецидивланиши мумкинлигидан далолат беради. 6 ой ва ундан кўп бачадон ичи контрацепциясини қўллаган фонда кўпчилик ҳолларда қин дисбиози ривожланади, бу аёллар контингентига қин микробиоценозини динамик баҳолаш ва профилактик даволаш кераклигини исботлайди.

Microbiocynosis of vagina in using Intra Uterus Contraceptives

Aupova F.M. Rahmatullaeva M.M. Nigmatova G.M.

Microbe condition of female vagina in reproductive age depends on consisting (amount) of lactobacterias-which is the main factor of healthy microbiocynosis of vagina. Using Intra Uterus Contraceptives (IUC) during 3month is not provides any changes in resistance growth, but low concentrations of lactobacterias and slightly increasing of pro-inflammatory cytokines means that female immune system is getting weak and risk of bacterial vaginosis is increases. Using IUC during 6month and more usually causes vagina disturbance.

Репродуктивная функция является одним из основных интегральных показателей здоровья женщины. Известно, что генеративная функция женщин в значительной степени зависит от наличия и характера воспалительных процессов репродуктивного тракта женщины. В последние годы наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища, протекающих с участием микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища. Стало очевидным, что нормальная флора при определенных условиях приобретает патогенные свойства, а ее представители становятся возбудителями целого ряда болезней [3].

Микробиоценоз влагалища представляет собой сложную интегральную экосистему, образованную микрофлорой и вагинальной средой - компонентами, высокочувствительными к факторам внешней агрессии. Формирование вагинального «нормоценоза» женщин репродуктивного возраста обеспечивается преобладанием постоянной микрофлоры, представленной на 95% лактобациллами. Однако, по данным ряда авторов, в состав физиологического микробиоценоза входят также грамположительные и грамотрицательные аэробные и анаэробные бактерии (кокки и палочки), представляющие транзитную микрофлору. Нарушение соотношения постоянной и транзитной микрофлоры повышает риск развития дисбиоза влагалища, протекающего бессимптомно или с воспалительной реакцией [2, 4].

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось выявление характера изменений состояния микробиоценоза и основных параметров системного и локального иммунитета влагалища женщин, использующих внутриматочную контрацепцию.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 30 больных бак-

териальным вагинозом, желающих использовать ВМС после традиционного лечения заболевания. Обследование, включавшее определение критериев Амсея, изучение локального иммунного статуса, вагинальной микрофлоры и УЗИ органов малого таза, проводили в 3 этапа - до введения ВМС, через три и шесть месяцев после введения ВМС.

Микроскопию вагинальных мазков из заднего свода влагалища, окрашенных по Граму, и бактериологическое исследование вагинального отделяемого с целью количественного определения резидентной и факультативной флоры проводили до овуляции. Для оценки состояния основных компонентов локального гуморального иммунитета - первого звена иммунного ответа в нижних отделах полового тракта определена концентрация цитокинов -интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли (ФНО- α) в крови и в смывах из влагалища методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение. При бактериоскопическом исследовании вагинальных мазков у всех женщин обнаружены «ключевые» клетки. У большинства женщин отмечалось отсутствие лейкоцитарной реакции, что подтверждало факт о супрессии лейкоцитов продуктами метаболизма гарднерелл и бактериоидов. Число клеток лактобактерий содержались в скудном количестве (до 10 клеток в поле зрения) в мазках 56,7 \pm 6,3% больных, в умеренном количестве (10-100 клеток) - 43,3 \pm 4,1% больных. Как известно, резкое снижение уровня молочнокислой микрофлоры, включающей в себя H₂O₂-продуцирующие лактобактерии, вплоть до ее полного исчезновения служит первичным проявлением комплекса предшествующих патологических сдвигов. Представители кокковой микрофлоры присутствовали в мазках 76,0 \pm 7,8% женщин, что достоверно чаще по сравнению с лактобактериями (p<0,01).

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* обнаружены в мазках 26,6±3,1% женщин в виде почкующихся форм - промежуточной фазе вегетации.

Результаты бактериологического исследования вагинального отделяемого у обследованных женщин показали наличие лактобактерий в пограничной концентрации (10^6 - 10^5 КОЕ/мл) 46,7±4,3% посевах, в остальных 53,3±5,7% - их содержание было снижено (10^4 - 10^2 КОЕ/мл), ($p < 0,05$).

Идентификация кокков при бактериологическом исследовании женщин позволила выделить в материалах из влагалища *Peptostreptococcus* spp, *Staphylococcus* spp и *Streptococcus* spp. Наиболее часто из кокковой микрофлоры выделялись стрептококки - в 66,7±6,4% клинического материала и стафилококки - в 53,3±5,7%, причем частота их обнаружения, аналогично данным, полученным при микроскопии, находилась в обратно пропорциональной зависимости от количества лактобактерий во влагалище. В 36,7±3,4% случаях стрептококки являлись основным морфотипом, концентрация которых в некоторых случаях достигала 10^7 КОЕ/мл в связи с ослаблением лимитирующего влияния лактобактерий на их вегетацию.

E.coli дали рост в 26,7±3,1%, концентрация *Enterobacteriaceae* превышала допустимые величины роста ($\geq 10^4$ - 10^5 КОЕ/мл) в 13,3±1,6% посевах.

Рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* зафиксирован в 23,3±2,9% посевах.

Как известно, нарушения микробиоценоза, приводящие к увеличению уровня условно-патогенных микроорганизмов, запускают каскад иммунологических реакций на локальном и системном уровнях. Установленными факторами, стимулирующими синтез цитокинов в моноцитах, макрофагах, являются микроорганизмы и их продукты.

У обследуемых женщин выявлен дисбаланс цитокиновой продукции, свидетельствующее о проявлении иммунореактивности в ответ на рост условно-патогенной флоры. Так, концентрации ИЛ-6 и ФНО- α в крови достигли 111,54±27,5 и 115,98±28,09, тогда как в сывывах их значения были 166,1±69,8 и 173,08±26,3 пг/мл соответственно.

После традиционного лечения заболевания всем женщинам введены медьсодержащие ВМС.

Обследование проведенное спустя 3 месяца после введения ВМС привели к следующим результатам: отрицательный аминный тест к этому сроку наблюдался (93,3 8,7%), значения рН нормализовались (90,0 8,3%), лейкоциты менее 10 в поле зрения (66,7 6,4%), исчезновение «ключевых клеток» у 93,3 8,7% женщин. Общее количество микроорганизмов в (73,3 7,4%) мазках уменьшилось за счет элиминации кокков ($p < 0,05$). В 36,7 3,4% мазках лактобактерии содержались в обильном количестве (свыше 100 клеток в поле зрения), в - 63,3 7,2% в умеренном количестве (10-100 клеток). При микроскопии вагинального мазка частота выявления клеток дрожжеподобных грибов рода *Candida* уменьшилась на 13,3%.

Отмечено улучшение показателей вагинального биоценоза у всех обследуемых женщин. Они коснулись, прежде всего, лактобактерий, содержание которых, выросло с минимальных концентраций (10^4 - 10^2 КОЕ/мл) до близких к физиологическим

(10^7 - 10^6 КОЕ/мл) у 53,3±5,7% женщин. Увеличение лактобактерий на фоне ВМС повлекло за собой и другие изменения в микробиоценозе влагалища женщин. Выявлена тенденция к уменьшению представительства и концентрации в вагинальном биотопе кокковой микрофлоры. Это привело к увеличению на 23,4% (с 13,3±1,6% до 36,7±3,4%; $p < 0,001$) числа женщин, у которых они не были выявлены. Наряду с этим уменьшилось число женщин (с 56,7±6,3% до 36,7±3,4%), у которых кокки высевались в виде трехкомпонентных ассоциаций: *Peptostreptococcus* spp.+ *Staphylococcus* spp. + *Streptococcus* spp., но увеличилось число женщин (с 13,3±1,6% до 26,7±3,1%), вагинальные биотопы которых были колонизированы двухкомпонентными ассоциациями в различных сочетаниях. Выявленные сдвиги в экосистеме влагалища свидетельствуют о разрушении или ослаблении ассоциативных связей между представителями кокковой микрофлоры.

Прослеживается также сокращение по сравнению с исходными значениями представительства условно-патогенной палочковидной микрофлоры. Частота обнаружения *Enterobacteriaceae* снизилась до 6,7 0,5%. Концентрации высеванных культур во всех случаях не превышали допустимых значений.

Также как и другие представители микробиоценоза влагалища рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* заметно снизилось (с 23,3±2,9% до 10,0±0,6%).

На фоне 3-х месячного ношения ВМС отмечено достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов. Концентрации ИЛ-6 и ФНО- α в крови снизились до 55,7±7,0 и 29,0±3,7 пг/мл, в сывывах из влагалища до 62,1±7,4 и 32,8±3,1 пг/мл соответственно ($p < 0,05$).

Однако, обследование проведенное спустя 6 месяцев после введения ВМС не дало положительных результатов. Нами отмечено наличие патологического характера вагинальных выделений, положительный аминный тест, выявление «ключевых клеток» в мазках вагинального отделяемого, окрашенных по Граму у 66,7 6,4% женщин. Представляло интерес проанализировать показатели провоспалительных цитокинов, которые имели тенденцию к повышению, что является фактом рецидива бактериального вагиноза. Нами установлено, что признаки указывающие на бактериальный вагиноз появились у тех женщин, у которых обнаружены скудные концентрации лактобактерий в вагинальном биотопе при исходном обследовании. Поэтому при длительном ношении ВМС такими женщинами можно ожидать появление признаков бактериального вагиноза, требующего лечения.

Выводы:

1. Микробный «пейзаж» влагалища женщин репродуктивного возраста зависит от содержания лактобактерий - основного гаранта здорового микробиоценоза влагалища.

2. На фоне 3-х месячного ношения ВМС не наблюдается сдвигов указывающих на нарушение колонизационной резистентности, но низкие концентрации лактобактерий и несколько повышенные показатели провоспалительных цитокинов свидетельствуют о слабости защитно-иммунных механизмов.

мов и возможности рецидива бактериального вагиноза.

3. На фоне применения внутриматочных контрацептивов 6 месяцев и более в большинстве случаев развивается дисбиоз влагалища, что доказывает необходимость динамической оценки микробиоценоза влагалища и профилактического лечения заболевания у данного контингента женщин.

Литература:

1. Алекшеева Л.Ж., Абдукахарова М.Ф. Нормальная микрофлора влагалища и цервикального канала и её функциональное значение // Мед. журнал Узбекистана. - 2005. - №2. - с. 110-115.

2. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища // Акуш. и гинекол. - 2002. - №3. - с. 26-28.

3. Кира Е.Ф., Симчера И.А. Тержинан в лечении бактериального вагиноза и урогенитального кандидоза // Журнал акушерства и женских болезней. - 1998. - №2. - с. 27-30.

4. Орлова В.С., Набережнев Ю.И. Нормоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты // Росс. вестник акушера-гинеколога. - 2007. - Т.7, №4. - с. 36-39.

5. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. Бактериальный вагиноз - особенности клинического течения, диагностика и лечение // Русский Медицинский Журнал. - 2004. - №2.

6. Прилепская В.Н., Ревазова Ф.С. Клинические аспекты внутриматочной контрацепции // Consilium medicum. 2000. Том 2.-№4.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕФЛОКСА (ЛЕВОФЛОКСАЦИНА) ПРИ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИОЗА

*Любан Б.Л., Назаров Р.А., Хашимов Ф.Ф., Акрамова Н.Ш., Ашуров И.Х.
Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, Центральная поликлиника
ГАЖК «Узбекистон темир йуллари», РКВКБ МЗ РУз*

Preliminary study of the effectiveness Lefloksa (levofloxacin) for treatment of Chlamydia

Luban B.L., Nazarov R.A., Hashimov F.F., Akramova N.Sh., Ashurov I.H.

The results of lefloks in 32 patients with chlamydia. The course of treatment was for a single ingestion of 500 mg of the drug for acute chlamydial urethritis and endocervicitis - 14 days, in chronic - 24 day. In patients with mixed gonorrhoeal-chlamydial infection are being treated for ceftriaxone 1,0 intramuscularly once acute and 1,0 intramuscularly for 3 days at chronic process. It is advisable to further clinical study lefloks.

Хламидийные урогенитальные поражения отличаются широкой распространенностью, многообразием клинических проявлений, неблагоприятным течением и исходом, а также трудностью лабораторной диагностики (4,2,1).

Учитывая внутриклеточное паразитирование хламидий в практике применяются антибиотики, способные проникать и накапливаться в пораженных клетках эпителия мочеполового тракта и блокировать внутриклеточный синтез белка. Обычно, предпочтение отдается спирамицину (ровамицину), производства фирмы Рон-Пулленк Рорер (Франция). Наше внимание привлек новый отечественный препарат левофлоксацин (лефлокс), производимый ИП «Нобель фармсаноат» в Узбекистане. Это синтетический антибактериальный препарат широкого спектра действия из группы фторхинолонов, содержащий в качестве активного вещества левовращающий изомер офлоксацина. Препарат быстро и полностью всасывается после перорального приема. По данным изготовителя пероральный и внутривенные пути введения по этой причине равноценны (3). Препарат хорошо прони-

кает в органы и ткани мочеполовой системы, предстательную железу, полиморфноядерные лейкоциты и макрофаги.

Последнее представляет особенно важным, учитывая незавершенность фагоцитоза при хламидиозе. Максимальная концентрация левофлоксацина при назначении 500 мг однократно внутрь, наблюдаемая в моче через 8-12 часов (200 мкг/мл). Препарат выводится из организма почками, путем клубочковой фильтрации. Левофлоксацин блокирует ДНК-гиразу и нарушает суперспирализацию и сшивку разрывов ДНК, ингибирует ее синтез, вызывает глубокие морфологические изменения в клеточной цитоплазматической стенке и наружной мембране хламидий, приводя к их гибели (3).

Препарат назначали по 500 мг в сутки на 1 прием перед едой, запивая водой. Противопоказаниями считали гиперчувствительность к хинолоновым препаратам, эпилепсию, возраст до 16 лет, беременность и период лактации.

Все больные получали лечение амбулаторно. Клинические наблюдения проводились в Центральной поликлинике ГАЖК «Узбекистон темир йуллари»

ри», лабораторное обследование больных - в клинической лаборатории Республиканской клинической кожновенерологической больницы.

Под наблюдением находилось 29 больных, в том числе 12 мужчин и 17 женщин в возрасте от 17 до 31 года, у которых диагноз хламидиоза был установлен методами прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) и ИФА.

Во всех случаях на основании сбора анамнеза и обследования партнеров был подтвержден половой путь заражения, лечению подвергались оба партнера одновременно.

Среди мужчин острый хламидиозный уретрит был диагностирован у 2, хронический - у 10 больных, из них - у 7 в сочетании с хроническим гонорейным уретритом. У всех 17 женщин на основании соответствующей клиники и лабораторных данных установлен диагноз хронического хламидийного эндорцервицита, из них у 9 - в сочетании с хроническим гонорейным эндоцервицитом.

Проведенное лечение лефлором и цефтриаксом все больные перенесли хорошо. Побочных явлений и осложнений в процессе лечения мы не отмечали. По окончании лечения у всех больных отмечено полное прекращение слизисто-гнойных выделений из уретры или цервикального канала, а также исчезновение неприятных субъективных ощущений.

Контрольное обследование проводили через 20 дней и 1 месяц по окончании лечения.

Этиологическое излечение установлено у 26 из 29 (89,6%) больных, в том числе у 10 мужчин и 16

женщин. У 3 больных 2 мужчин и 1 женщины смешанной хламидийно-гонорейной инфекцией через 1 месяц по окончании лечения лефлором отмечались клинические и бактериологические рецидивы хламидиоза. Рецидивов гонореи не было зарегистрировано.

При повторном курсе лечения им назначался доксициклин по схеме, после чего наступило стойкое клинико-бактериологическое излечение.

На основании вышеизложенного предварительное изучение эффективности препарата «Лефлор» фирмы «Нобельфармсаноат» позволяет сделать вывод о его терапевтической эффективности при лечении хламидиоза.

Литература:

1. Алимов Б. Д. Роль хламидийной и уроплазменной инфекции в развитии респираторных заболеваний у детей. Мед журнал Узбекистана 2002, №4, - с. 44-45.

2. Глазкова Л.К., Герасимова Н.М., Терешина Л.П. Опыт клинического применения ровамицина в терапии беременных с урогенитальной хламидийной инфекцией. Вестн. дерматол., 1997, №5, - с. 75-76.

3. Зайцев А.В., Пушкарь Д.Ю., Говоров А. В., Ларюшин М.С. Место левофлоксацина в профилактике и лечении инфекций мочевыводящих путей. Фарматека, 2006, №13, - с. 76-78.

4. Ильин И.И., Лысенко О.В., Ковалев Ю.Н. Вопросы эпидемиологии хламидиоза человека. Вестн. Дерматол., 1993, №4, - с. 32-36.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

*Саруханова А.А., Давлетьянц Г.Л., Джураева Д.Т.
Ташкентская медицинская академия*

Сурункали вирусли гепатит билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ асоратларини профилактикаси

Саруханова А.А., Давлетьянц Г.Л., Джураева Д.Т.

Сурункали вирусли гепатит билан касалланган ҳомиладорлар акушерлик ва перинатал асоратлар бўйича юқори хавф гуруҳига киритилади.

Мақсад: сурункали вирусли гепатит билан касалланган ҳомиладор аёлларда акушерлик асоратларини камайтириш мақсадида, даво-профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш.

Сурункали вирусли гепатит билан касалланган 80 нафар ҳомиладор аёллар текширилган: динамикада тўлиқ антенатал (50) ва (30) қисман антенатал тайёргарликдан ўтган ҳомиладор аёллар кузатишган. Қиёсий гуруҳга ҳомиладорлиги физиологик кечган 30 нафар аёл киритилган.

Кузатишлар ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги даврдаги асоратларнинг камайиши ва перинатал натижаларнинг яхшиланганлигини кўрсатди.

Prevention of complications of pregnancy and childbirth in women with chronic viral hepatitis

Sarukhanov A.A., Davletyants G.L., Dzhuraeva D.T.

Pregnant women with chronic viral hepatitis can be included to the group with high risk for obstetrical and perinatal complications.

Develop of actions for treatment and prevention of obstetrical complications in pregnant women with chronic viral hepatitis.

Investigated 80 pregnant women with chronic viral hepatitis in dynamics used complex antenatal preparation (50), and (30) with incomplete treatment. 30 pregnant women were chosen as comparative group with physiological pregnancy. Investigation showed decrease of rate of complications in current of pregnancy, labour, postpartum period and improvement of perinatal outcomes.

Хронический вирусный гепатит (ХВГ) и беременность остается одной из актуальных проблем в акушерстве. Частота ХВГ, в последние 10 лет у беременных возросла, что делает эту проблему экстраординарной. При этом 80% приходится на возрастную группу от 15-30 лет (Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. 1990 г.) [20].

В структуре ХВГ, регистрируемых у беременных женщин от 40-70% составляют гепатиты, передающиеся с кровью, т.е. В,С,Д. (Фарбер Н.А., Мартынов К.Л., Гуртовой Р.Л. 2002 г.) [20].

У беременных ХВГ протекают тяжелее, чем у небеременных, и представляют серьезную опасность для матери и плода. Беременных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска, так как гестация у данного контингента женщин сопровождается большой частотой осложнений (Шехтман М.М., Мартынов К.А. 1998 г.) [2,25].

Вышеизложенные факты определяют необходимость изучения особенностей течения беременности и родов у женщин с ХВГ.

Цель исследования

Разработка лечебно-профилактического мероприятия по снижению акушерских осложнений у беременных женщин с ХВГ.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленной цели было проведено проспективное исследование 80 больных с ХВГ, из них 20 (23,7%) перенесшие гепатит А, 36 (46,3%) вирусный гепатит В, и гепатит С имел место - у 24

(30%). Беременные были разделены на две группы: 1 группа состояла из 50 женщин, страдающих хроническим гепатитом вирусной этиологии, обследованных в динамике и получивших комплексную антенатальную подготовку; 2 группа (30) не получившие антенатальную подготовку в полном объеме. Группой сравнения были 30 здоровых беременных женщин. Исследования проведены в акушерском комплексе, 2-й клиники Ташкентской Медицинской Академии.

В прегравидарную подготовку входили лечебно-профилактические мероприятия по рационализации питания, проводили антианемическую терапию с момента наступления беременности назначением не только препаратов железа, но и комплекса витаминов, а также препарат урсосан, который улучшает функцию печени, обладает дезинтоксикационными свойствами, уменьшает токсическое действие лекарств на печень, стимулирует иммунную систему при вирусных гепатитах. По показаниям проводилась терапия, включающая «мягкие» гепатопротекторы (эссенциале или карсил), антиоксиданты (витамин Е), антигипоксанты (рибоксин).

Для профилактики развития фетоплацентарной недостаточности беременным назначали комплекс метаболической и противовирусной терапии. Комплекс метаболической терапии проводился 3 раза в процессе беременности (в I, II, III триместрах) курсами по 10-14 дней под контролем состояния фетоплацентарного комплекса.

Ввиду наличия признаков фетоплацентарной недостаточности (ФПН), вызванной моно- или смешан-

ной инфекцией применялись дезинтоксикационные препараты, в частности, хофитол. Хофитол - действующее начало, которого - экстракт из свежих листьев артишока, является фитопрепаратом, оказывающим положительное влияние на функцию печени, состояние плода и новорожденного. Профилактическая доза хофитола составляла 400 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки до еды в течение 14-21 дня, в сроки до 12, в 20-22 и 30-32 недели беременности.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных жительницы города составляли 53.1% (44), а 46.3% (36) беременных проживали в сельской местности. Из представленных данных следует, что инфицированность городских женщин достоверно выше, чем жительниц села.

Основные клинические признаки хронических гепатитов у беременных такие же, как у небеременных. Однако у беременных с любой формой гепатита значительно больше выражены симптомы холестаза, чем у небеременных.

При динамическом клиническом обследовании были выявлены симптомы, типичные для хронических вирусных гепатитов: слабость, недомогание, тошнота, рвота, повышенная утомляемость, снижение аппетита, желтушность кожи и склер, зуд кожи в 40% (32) случаев. Увеличение печени отмечалось у 57 (71.2%) пациенток, а у части больных это сохранялось и к выписке. У 6 (7,2%) больных на коже определялись сосудистые звездочки. У 3 (3,6%) - носовые кровотечения.

Обнаружено изменение функционального состояния печени, нарушение ферментативной активности гепатоцитов. При лабораторном обследовании беременных с ХГВ и ХГС нами выявлено, что у 27,5% (10) больных ХГВ отмечен уровень билирубина на верхней границе нормы. У 72,5 % (26) - оставался в пределах средних величин. Повышение АЛТ выше нормальных величин отмечено у 20% женщин (7 случаев), а у остальных 80% (29) больных данный показатель колебался в пределах средних величин.

У 79,8% (17 из 24) беременных с ХГС значения билирубина оставались в пределах средних величин на протяжении беременности, лишь у 29,2% (7) больных этот показатель был на верхней границе нормы. По сравнению со здоровыми беременными уровень билирубина в крови был выше в 2,5 раза. С увеличением срока беременности у 83,3% (20) больных отмечалось постепенное повышение уровня АЛТ и АСТ к третьему триместру гестации.

При изучении взаимосвязи случаев активизации заболевания со сроками беременности было обнаружено, что активизация чаще происходит в третьем триместре у 46,4% больных, что, по-видимому обусловлено постепенным снижением напряженности иммунологических показателей в результате естественной иммуносупрессии в организме беременной.

Далее при анализе гестационных осложнений мы обратили внимание на относительно высокую частоту раннего токсикоза - в 1,5 раза больше у беременных с ХВГ, чем у здоровых женщин (9,1% против 6% в группе контроля). Заслуживает вни-

мание такое осложнение как преждевременные роды, по сравнению с контрольной группой во время настоящей беременности данная патология встречалась в 3 раза чаще ($p < 0,05$), что составляет 18,2% против 6%. Преждевременное излитие околоплодных вод встречалось у женщин с ХВГ в 2,7 раза чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной группе - (10,9% и 4%). Наиболее часто в обеих группах имело место развитие анемии, которая наблюдалась в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе (34,5% против 14% соответственно). ФПН у беременных с гепатитом диагностирована в 47,3%, тогда как в контрольной группе данная патология встречалась в 2 раза реже (24%). На третьем месте по частоте возникновения - угроза прерывания беременности, показатели которой в 2,3 раза ($p < 0,05$) превосходят таковые в группе контроля и составляют 41,8% и 18% соответственно.

Такие осложнения как легкая и тяжелая преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты были выявлены только в группе больных с гепатитами. Антенатальная гибель плода зарегистрирована в 3 (3,6%) случаях с ХВГ.

Таким образом, на основании представленных данных становится очевидным тот факт, что у женщин с ХВГ при беременности значительно чаще, чем у здоровых, наблюдается тяжелая акушерская и экстрагенитальная патология.

С целью изучения состояния фетоплацентарной системы нами проведен ряд исследований, включающий ультразвуковое фетометрию, доплерометрическое исследование сосудов системы мать-плацента-плод, а также изучение гормонопродуцирующей функции плаценты.

В первом триместре (11-12 недель) в 1 и 2 группах отмечено снижение уровня плацентарного лактогена (ПЛ), по сравнению с группой контроля, на 45,4% и 19,2% соответственно. Во втором триместре беременности (21-22 недели) в группах женщин с гепатитом выявлено повышение уровня ПЛ до популяционных показателей, что свидетельствует о напряженности обменных процессов и включении компенсаторно-приспособительных механизмов в плаценте, но в 1 группе показатель достоверно ниже, чем во 2 и контрольной группах. Перед родами (37 - 38 недель) уровень ПЛ в группе больных гепатитом, не получавших полную родовую подготовку, был ниже показателей 1 группы на 6% и ниже показателей контрольной группы на 10%, что может быть охарактеризовано у них как истощение компенсаторно-приспособительных механизмов в результате отсутствия полноценного наблюдения и терапии возникших осложнений гестации.

Проведенные динамические исследования содержания эстриола показали, что уровень гормона на протяжении беременности имел тенденцию к повышению. В первом триместре показатели во всех трёх группах приближались к популяционным. Но во втором и третьем триместрах уровни эстриола у беременных 1 и 2 групп были достоверно ниже, в сравнении с показателями в группе контроля. То есть при сочетании беременности и ХВГ можно судить о напряжённой функциональной ак-

тивности фетоплацентарной системы.

При доплерометрии мы выявили, что ФПН у беременных основной группы развивалась по типу первичных нарушений гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне с постепенным последующим вовлечением в процесс плодово-плацентарного бассейна. Случаев первичных изменений плодово-плацентарного кровотока в контрольной группе больных отмечено не было.

Таким образом, при ХВГ протекающем в фазе ремиссии во время беременности, показатели доплерометрии сосудов маточно-плацентарного звена были приближены к нормативным значениям, допустимым в соответствующих сроках гестации, и показатели оксигенации головного мозга плода были оптимальными. Но численные значения индексов кровотока при персистирующей инфекции всё равно не достигают показателей группы контроля.

При изучении исходов родов у женщин с ХВГ, обнаружено, что преждевременные роды через естественные родовые пути произошли у 68 (85,0%) беременных с гепатитом, что на 4,5% меньше, чем у здоровых женщин (27 (90%)). Оперативное родоразрешение было проведено в группе больных гепатитом у 12 (15,0%), то есть в 1,5 раза чаще, чем в группе контроля (у 3 (10%)). Раннее излитие околоплодных вод осложняло течение родового акта в 2,1 раза чаще у женщин 1 группы (25,5%), чем у здоровых (12%). Первичная слабость родовой деятельности отмечена в 21,8% случаев у женщин с ХВГ, что в 2,2 раза выше, чем в контрольной группе - 10%. Развитие вторичной слабости родовой деятельности наблюдалось у 7,3% больных 1 группы и у 2% беременных из группы контроля. У 3 (10,0%) женщин 2 группы кровопотеря в послеродовом периоде достигла 350 мл и более, что превышало допустимый объем. Это в 5.5 раза чаще, чем у здоровых женщин (3%(1)).

Проведенный анализ особенностей течения родов обнаружил, что количество осложнений в родах возрастает по мере ухудшения течения заболевания.

Общая частота осложненного течения послеродового периода составила у женщин, страдающих ХВГ - 34.5%, что в 2.9 раза чаще, чем среди здоровых рожениц (12). У женщин с ХВГ послеродовый период чаще всего осложнялся субинволюцией матки в 12,7% случаев и гипогалактией в 10,9% случаев. В контрольной группе те же осложнения встретились в 4% и 6% соответственно.

У женщин 2 группы родилось живыми 28(93,3%) детей, а в основной группе - 50 (100%) детей. Из них доношенных было 74,5% и 90%, недоношенных - 18,2% и 6%, переношенных - 7,3% и 4% соответственно. В группе детей рожденных от матерей с ХВГ наблюдались пороки развития новорожденных: при ХВГС в 5,4% случаев, при этом преимущественно встречались патология желудочно-кишечного тракта (атрезия кишечника), при ХВГВ - в 2,8%.

В периоде новорожденности отмечено нарушение восстановления первоначальной массы тела у 14 (26,4%) новорожденных от рожениц с гепатитом. Прибавка массы тела в данной груп-

пе детей составила $52,5 \pm 23,7$ г против $256,9 \pm 11,2$ г в контрольной группе ($p < 0,05$). В большинстве случаев малая прибавка в массе у новорожденных, родившихся от матерей с гепатитом, была обусловлена адинамией и вялостью сосательного рефлекса у ребёнка, что может быть связано с персистенцией инфекционного процесса в организме матери.

На основании проведенных исследований, выявивших основные особенности течения беременности и родов у женщин с гепатитом, нами была разработана система дородовой подготовки данного контингента беременных.

После проведенного лечения было отмечено, что частота угрозы прерывания беременности на фоне антенатальной терапии снизилась в 2,5 раза. Также уменьшилось число преждевременных родов в 2,5 раза в основной группе. В результате комплексной подготовки отмечено снижение частоты гипертензивных нарушений в 3,2 раза и преобладание легкой формы. Тяжелая преэклампсия, трудно поддающаяся лечению, отмечалась только у женщин 2 группы в 5,5% случаев.

Частота преждевременного излития околоплодных вод у женщин с гепатитом, получивших комплексную подготовку, была ниже в 2 раза. При анализе течения родов было выявлено, что у женщин основной группы имело место снижение процента оперативного родоразрешения. Так, из общего числа пациенток, относящихся к 1 группе, роды завершились кесаревым сечением у 5,5%, в то время как у беременных, не получивших лечения в необходимом объеме, данная операция произведена в 2,6 раза чаще - 14,5% случаев. Данный положительный эффект связан с уменьшением частоты слабости родовой деятельности в 1,7 раза у пациенток основной группы, частоты развития преждевременного излития околоплодных вод в 2 раза, снижением числа осложнений со стороны плода, которые входили в число показаний к оперативному родоразрешению у женщин 1 группы. Частота кровотечений в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде у больных 1 группы снизилась на 12,8%. У женщин 1 группы родилось живыми 55 (100%) детей, в то время как во 2 группе - 53 (96,4%) .

ЗВУР диагностирована у 4 (7,2%) плодов в 1 группе, в то время как в 2 группе - у 7 (12,7%) детей. Остальные дети в основной группе родились без клинических признаков гипотрофии, что указывает на эффективность проводимой терапии ФПН в 72,7% случаев. Число случаев асфиксии новорожденного снизилось в 6 раз - с 3,6% в 1 группе до 21,8% в 2 группе.

С признаками перинатального гипоксического поражения центральной нервной системы в основной группе родилось в 2,1 раза меньше новорожденных. Перинатальных потерь в 1 группе не было.

Результаты наших исследований показали достоверное снижение частоты осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде у женщин с ХВГ 1 группы.

При оценке эффективности предложенной нами комплексной профилактики и лечения гестационных осложнений у женщин с ХВГ отмечено сниже-

ние частоты осложнений течения беременности, родов, послеродового периода, улучшение перинатальных исходов. Данный факт даёт основание полагать, что предложенный нами комплекс антенатальной подготовки эффективен и может быть применён в повседневной практике.

Литература:

1. Апросина З.Г., Серов В.В. Внепеченочные проявления хронического гепатита В (ХГ-В) и С (ХГ-С) // Новые направления в гепатологии: Тезисы международного Фальк Симпозиума № 92. - СПб., 1996. - с. 28.
2. Вирусные хронические заболевания печени и беременность / Игнатова Т.М., Апросина З.Г., Шехтман М.М., Сухих Г.Т. // Акуш и гинек. - 1993. - №2. - с. 20-24.
3. Внутриутробная задержка развития плода. Ведение беременности и родов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Керимова З.М. и др. // Акуш. и гин. - 1999. - №3. - с. 10-15.
4. Ибадова Г.А., Курбанов Д.Д., Адиль Муборак Сравнительная характеристика новорожденных, родившихся от матерей, больных вирусным гепатитом В, и HBsAg-носителей (по данным архивного материала) // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Респ. сб. науч. тр.- Ташкент, 1993.- Вып.1. - с.42-47.
5. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В. - М.: Видар, - 1996. - Т.2. - с. 408.
6. Магомедова З.М., Зулпукарова Н.М-Г., Магомедов М.М. Нарушения микроциркуляции и углеводного обмена при парентеральных вирусных гепатитах у беременных // Журнал «Современные наукоемкие технологии» - Москва - №1-2007 - с. 23-25.
7. Магомедова З.М., Омаров С.-М.Л. Вирусные гепатиты у беременных // «Дагпресс» - Махачкала - 2006 - с. 180.
8. Магомедова З.М., Омаров С.-М.Л. Перинатальный гепатит, эпидемиология, клиника и профилактика // В сб.: Материалы VI Российского форума «Мать и дитя» - М. - 2006 - с. 143-144.
9. Маркеры вируса гепатита В в практике терапевта. / Ивашкин ВТ., Ха-занов А.И., Ивлев А.С. и др. // Клини. Мед. - 1991.- №9. - с. 51-53.
10. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление. - М.: Медицина, - 1991. - с. 272.
11. Мусабаев Э. И. Роль вирусного гепатита В в структуре материнской летальности. Материалы МЗ Республики Узбекистан, 1998.
12. Нидерау К. Интерферон и эссенциальные фосфолипиды в лечении хронических вирусных гепатитов В и С. (Германия) // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрол. - 1999. - № 5. - с. 67-69.

13. Пахомова Ж.Е., Каримов А.Х. Диагностическое значение биофизического профиля плода у беременных с риском на реализацию инфекции // Ультразвуковая диагностика. - 1999. - №3. - с. 13-15.
14. Перинатальное инфицирование детей вирусом гепатита В и вопросы специфической профилактики / Шахильдян И.В., Фарбер Н.А., Кузин С.Н. и др. // Вести. АМН СССР. -1990. - №7. - с. 29-31.
15. Подымова С. Д. Проблемы хронических вирусных гепатитов (диагностика и лечение) // Росс. мед. журн. - 1996, Т.2, - № 4. - с. 4-8.
16. Применение гепатопротекторов в лечении беременных с анемией / Абдуллаева Д.А., Иноятова Ф. Х., Саидкариев Б.К., Сулейманова Н.Д. // Механизмы патологических процессов. Сб. науч. трудов. - Ташкент, 1991.- с. 5-8.
17. С.Жаров., Б.Санин. 2007 г. Мед-экспресс // Хронический вирусный гепатит во время беременности.
18. Сейфулла Р.Д., Борисова И.Г. Проблемы фармакологии антиоксидантов//Фармакол. и токсикол. -1990. - Т. 53, №6. - с. 3-10.
19. Сологуб Т.В., Погромская М.Н., Крыга Л.Н. Вирусные гепатиты В и С и беременность // Terra Medica. - 1998. - №1.
20. Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. Вирусные гепатиты у беременных. - М.: Медицина, 1990.- с. 208.
21. Фролов В.М., Германов В.Т., Пересадин Н.А. Функциональное состояние гепатобиллиарной системы и иммунный статус беременных, перенесших вирусный гепатит // Акуш и гинек. - 1991. - №9. - с. 24-26.
22. Фролов В.М., Германов В.Т., Пересадин Н.А. Эффективность применения иммунокорректоров и антиоксидантов у беременных с хронической патологией гепатобиллиарной системы //Акуш и гинек. - 1993. - № 3. - с. 51-53.
23. Характеристика хронических заболеваний печени с наличием сывороточных маркеров вируса гепатита В / Апросина З.Г., Лопаткина Т.Н., Яковенко Э.П. и др. // Тер. Арх. - 1988. - № 11. - с. 23-28.
24. Шарапов У.Б., Шайхова Н.И., Зуфаров Н.Т. Реабилитация больных хроническим гепатитом// Новое в диагностике и лечении органов пищеварения. Респ. науч. конф. Сб. науч. тр. Под ред. Каримова Х.Я. - Ташкент., 1997. - с. 164.
25. Шехтман М.М. Хронические заболевания печени у беременных // Росс. мед. журн. - 1996, - № 4. - с. 30-33.
26. Ю.Апросина З.Г., Серов В.В. Хронические вирусные заболевания печени: пато- и морфогенез, клиническая характеристика // Тер. арх. - 1995. - Т. 67, №5. - с. 77-80.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕЛЕБНЫХ СВОЙСТВ МЕРТВОГО МОРЯ

*Абрамова В.А.
квд № 9.*

Дерматологияда санатор-курорт даволаш Ўлик денгизининг даво хусусиятларидан фойдаланиш имкониятлари

Абрамова В.А.

Бу мақолада санатор-курорт даволаш принциплари жамланган. Сурункали дерматозларнинг табиий даво йўли билан Ўлик денгизи орқали даволаш усуллари ёритиб ўтилган.

Sanatorium-resort therapy in dermatology Possibility of Dead Sea curative properties using

Abramova V.A

The main principles of chronic dermatoses sanatorium-resort therapy with use in dermatologist arsenal of natural medical Dead Sea possibilities are stated in the article.

Большое внимание в дерматологии уделяется вопросам изыскания новых методов терапии, в частности базирующихся на использовании естественных средств воздействия на организм больного, которые в отличие от фармакологических препаратов при рациональном назначении не вызывают побочных действий. Санаторно-курортное лечение - один из важных этапов ведения дерматологических больных, особенно для страдающих распространенными дерматозами, протекающими с частыми длительными обострениями и кратковременными ремиссиями. Природные факторы оказывают важный оздоровительно-профилактический и лечебно-реабилитационный эффект. Являясь естественными средствами воздействия на организм человека, они имеют меньше побочных эффектов и осложнений, чем фармакологические препараты [1,2,4]. Опыт тысячелетий и современные методы курортной терапии, основанные на научных исследованиях, составляют основу комплексного курортного лечения при болезнях кожи. Помимо местного воздействия на кожу, курортное лечение благоприятно влияет и на весь организм, обеспечивая более стойкий терапевтический эффект. Курортное лечение может быть использовано как этап восстановительной терапии после успешного стационарного лечения, на этапе долечивания, а также для профилактики рецидивов. Эффективность лечения значительно возрастает при соблюдении принципа преемственности между специалистами диспансера, стационара и санатория [8,14].

На протяжении многих лет эффективной альтернативой медикаментозного лечения ряда дерматологических заболеваний, прежде всего псориаза, витилиго и атопического дерматита, считают климато- и бальнеотерапию на Мертвом море (Израиль) [2, 15].

Район Мертвого моря отличается удивительным сочетанием природных факторов, обладающих такими лечебными свойствами как, особый спектр ультрафиолетовых лучей, море, насыщенное соля-

ми, термоминеральные бассейны, богатые серой, лечебные грязи, сухой воздух, благоприятный климат, постоянная температура в любой сезон. Сравнительно недавно здесь стали создаваться лечебницы, использующие накопленный медицинский опыт многих поколений, и конечно же бальнеологические факторы. Мертвое море - это бессточное соленое озеро, расположенное в самой низкой точке Земли - на отметке 417 м ниже уровня Мирового океана. Климат отличается, постоянная (без резких суточных и сезонных перепадов) высокая температура воздуха и воды в течение всего года и низкая относительная влажность - 34-50%. Высокое содержание различных минералов в воде Мертвого моря превращают побережье в естественный ингаляторий, а чистый гипоаллергенный воздух, с повышенным на 15% содержанием кислорода, создает эффект природной барокамеры [3]. Вопросами подготовки больных дерматозами к санаторно-курортному лечению должны готовить врачи-дерматологи. При отборе таких пациентов необходимо учитывать особенности клинического течения дерматоза. Кожно-патологический процесс должен быть в стационарно-регрессирующей стадии или в состоянии клинической ремиссии. Больных дерматозами с обострениями возникают в летний период, на санаторно-курортное лечение отправляют в осенне-зимние месяцы, а при дерматозах, обостряющихся зимой, - в летнее время. Согласно МКБ-10 показаниями для санаторно-курортного лечения при болезнях кожи и подкожной клетчатки являются:

1. Атопический дерматит. Нейродермит ограниченный и диффузный, хроническая стадия. Санаторное или амбулаторное лечение
2. Экзема. Экзема истинная и себорейная в хронической стадии
3. Печесуха.
4. Крапивница. Крапивница хроническая.
5. Псориаз. Псориаз обыкновенный распространенный и ограниченный осенне-зимние и весенне-летние формы, в стационарной и регрессивной

стадии, артропатическая форма в стадии артралгии и начального артроза при сохранении функции суставов.

6. Лишай красный плоский. Ограниченные и распространенные формы, хроническая стадия.

7. Гнездная алопеция. Алопеция тотальная, универсальная, гнездная плешивость в хронической стадии без признаков активности процесса.

8. Андрогенная алопеция

9. Угри. Угри обыкновенные: ограниченные и распространенные, угри в хронической стадии.

10. Приобретенный ихтиоз. Ихтиоз и кератоз приобретенные ограниченные и распространенные в хронической стадии.

11. Приобретенные кератозы, кератодермия, волосяной лишай.

12. Склеродермия Локализованная склеродермия:

12.1. Бляшечная ограниченная и распространенная, неактивной стадии;

12.2. Системная с поражением опорно-двигательного аппарата неактивной стадии в период между курсами медикаментозной терапии.

Перед отправкой пациента санаторно-курортное лечение необходимо провести тщательное обследование пациента. Обязательный объем обследования включает: анализ крови, анализ мочи, биохимические исследования, ЭКГ, рентгенографическое исследование органов грудной клетки. При atopическом дерматите и кожно-респираторном синдроме проводят специфическое аллергологическое обследование, исследование иммунного статуса на IgE-антитела. Другие методы обследования проводятся в зависимости от сопутствующих заболеваний пациента [8, 9, 10, 11, 12]. Рапные ванны, купания и гелиотерапия - основной действующий фактор курортов Мертвого моря. Рапа - высококонцентрированная минеральная вода озер и лиманов, содержащая минеральные элементы в виде солей и ионов, а также гуминовые кислоты, витамины, гормоны, биогенные стимуляторы, аминокислоты, жирные кислоты, полисахариды. Рапа Мертвого моря содержит 22 химических элемента, отличается по составу от рапы других соленых озер, прежде всего, высокой минерализацией (до 340 г/л) и высоким содержанием брома. Знаменитые иловые сульфидные грязи высокоминерализованы (до 300 г/л), для них характерно высокое содержанием брома, йода, гормоноподобных веществ. Вдоль побережья Мертвого моря множество выходов сульфидных термальных вод: Маин (Иордания), Эйн-Геди и Хамей Зоар неподалеку от Эйн-Бокека (Израиль). Ванны с использованием воды мертвого моря улучшают функциональное состояние нервной системы, кожи, нормализуют иммунологические показатели. Исследования Научного центра клинической и экспериментальной медицины СО РАМН показали, что рапные ванны оказывают адаптогенное влияние и нормализуют уровень некоторых гормонов (кортизола, АКТГ), грязелечение (пелоидотерапия) при болезнях кожи состоит в наружных процедурах с использованием иловых сульфидных грязей, торфа, сапропелей. Грязевые аппликации за счет механического фактора воздействуют на рецепторный аппарат кожи и слизистых оболочек,

рефлекторно влияют на нервно-эндокринные, нервно-сосудистые механизмы, что приводит к функциональным, микроциркуляторным и метаболическим сдвигам в тканях, и проявляется прежде всего трофическим эффектом. Адсорбционные свойства лечебных грязей приводят к очищению кожи от продуктов метаболизма, бактерий, ороговевших клеток эпидермиса. Минеральные и органические вещества пелоидов оказывают противовоспалительное, коагулирующее, кератолитическое, обезболивающее действие. Противомикробные, антипаразитарные, рассасывающие свойства серы традиционно использовались в медицине для лечения тяжелых форм угревой сыпи (акне и розацеа). Содержание в пелоидах серы в виде сульфидов, сульфатов, тиосульфатов проявляется противовоспалительным, кератолитическим или кератопластическим, отшелушивающим действием, стимулирует продукцию коллагена. Высокая концентрация соединений кремния влияет на трофику кожного эпителия. Лецитин сульфидных грязей, оказывает выраженное воздействие на восстановление барьерных функций кожи, на процессы питания клетки. Вследствие того, что иловая грязь представляет собой гипертоническую массу, ее назначают в целях высушивания и обезвоживания кожи. Грязелечение особенно эффективно при ограниченных хронических дерматозах - экземе, atopическом дерматите, склеродермии, бляшечном псориазе, псориазическом артрите. Грязелечение применяется в основном в виде местных грязевых аппликаций, а также развозных грязевых ванн на морской или минеральной сульфатной воде. Применение развозных грязевых ванн особенно эффективно при обширных поражениях кожи. В отличие от грязевых аппликаций, они легче переносятся больными, дают выраженный терапевтический эффект. При псориазическом артрите, кроме пелоидотерапии, нередко применяют озокеритолечение и парафинотерапию. Эти методы можно также использовать при наличии у больных застарелых, плохо поддающихся лечению бляшек [4,5,6,7,15]. Благодаря присутствию на Мертвом море дополнительного слоя земной атмосферы и испарений в виде слоя аэрозолей, происходит фильтрация коротких ультрафиолетовых лучей (УФ-Б), и свободное проникновение длинноволновых (УФ-А 320-390 нм) и средневолновых (УФ-Б 300-320 нм) УФ-лучей. Исследование показало, что гелиотерапия на Мертвом море дает улучшение в 72% случаев, в то время как ванны с водой Мертвого моря - 28%, а комплексное лечение, включающее гелиотерапию и купание в Мертвом море, - в 83% случаев. На курорте разработаны программы инсоляции, которые учитывают возраст, вес, рост, реакцию кожи на солнце, «историю загара» и предписывают индивидуальное время приема солнечных ванн, от нескольких минут до 3-4 ч в день. Следует помнить, что не во всех курортных отелях на Мертвом море есть врачи. Они ведут наблюдения и оказывают неотложную помощь (Ambulance) на крупных курортах. Однако есть и настоящие курортные клиники. По некоторым наблюдениям российских дерматологов, результаты лечения на Мертвом море высокоэффективны. По данным В.В.

Владимирова (Институт псориаза), при завершении курса санаторно-курортного лечения полное очищение кожных покровов отмечалось у 68% больных, значительное улучшение - у 22%, улучшение - у 10% больных. Курортное лечение псориаза показано в стационарной или регрессирующей стадии. Оптимальный сезон для этого с середины марта до середины ноября. При витилиго рекомендован 4-недельный курс с обязательным повторным лечением. Согласно результатам рандомизированных исследований Отдела клинической и экспериментальной дерматологии Университета Брэдфорда (Великобритания) инициирование репигментации наблюдается уже со второй недели (10-16 день) при комбинации климатотерапии на Мертвом море (21 день) и наружной терапии кремом с псевдокаталазой (PC-KUS) по сравнению с обычной монотерапией псевдокаталазой (8-14 нед.) или климатотерапией на Мертвом море (5-6 нед.) [2,3]. Разумеется, бальнеотерапия не избавляет от проблем на 100%, но оно повышает шансы на положительную динамику. Ведь курорт - это благоприятный климат, отсутствие стрессов и позитивное настроение. И в дополнение ко всему - специализированное лечение, внимание врачей и медицинского персонала.

Литература:

1. Дацковский Я.С. Первые клинические итоги лечения псориаза концентрированным бромйодным рассолом курорта Усть-Качка. // Курортология физиотерапия, восстановительная медицина XXI века: Материалы Международного конгресса. Том.2 - Пермь, 2000. - с. 44-45.
2. Ерина И.А. Лечение больных псориазом в центре реабилитации «Тинаки» Автореф. ... канд. мед. наук. - М., 2009. - с. 28.
3. Ивашковский И.А., Оранский И.Е., Аленкин Б.Ф. Лечебные природные факторы Мертвого моря в комплексной терапии наиболее распространенных неинфекционных заболеваний. («Медибест» Араб, Израиль, Екатеринбург, Россия) // II. - с. 63-64.4.
4. Лузгина Н.Г., Верба О.Ю., Курнякина Е.А., Шкурупий В.А., Куликов В.Ю. Рапа озера Остро-

вное Краснозерского района Новосибирской области в лечении и реабилитации больных псориазом и атопическим дерматитом. // Материалы научной практической конференции «Роль санаторно-курортного лечения в процессе реабилитации населения Сибирского региона». www.rapansalt.ru.

5. Лузгина Н.Г., Потапова О.В., Ермакова О.Б., Шкурупий В.А. Эффективность восстановительного лечения больных атопическим дерматитом природной высокоминерализованной водой. - с. 167-168.

6. Лузгина Н. Г., Потапова О. В., Шкурупий В. А. и др. Эффективность лечения атопического дерматита природными высокоминерализованными водами в сочетании с УФО. // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология : научно-практический журнал. - 2006. - N 4 . - с. 59-62.

7. Лузгина Н. Г., Шкурупий В. А., Новиков А. И и др. Эффективность восстановительного лечения больных атопическим дерматитом с разными вариантами бальнеологической реакции // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология: научно-практический журнал. - 2006. - N 5 . - с. 59-62.

8. Маньшина Н.В. Курортология для всех. За здоровьем на курорт. - М.: Вече, 2007. - с. 592.

9. Маньшина Н.В. О роли врача городских медицинских центров в организации оздоровительного отдыха.// «Медицинский совет» № 3-4 2008.

10. Маньшина Н.В., Севрюкова В.С., Соловьев А.М., Кулешова Л.М. Санаторно-курортное лечение болезней кожи. // «Медицинский совет» №1-2 2008.

11. Рассказов Н.И., Думченко В.В., Поспеева Л.А., Ерина И.А. Организация курортного лечения больных хроническими дерматозами. // Тез. Докл. - с.37.

12. Самсонов В.А., Знаменская А.Ф. Псориаз. // Медицина для всех. - 2001.

13. Тондий Л. Д., Васильева-Линецкая Л. Я., Роздильская О. Н. Физические факторы в медицинской реабилитации // Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1, вып. 1. - с. 23-25.

14. Создание дерматологического профиля курорта. // www.anapalet.com.

15. Кожные проявления псориаза. // www.eurolab.ua // 11.02.2010.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРОЛА ПРИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЯХ

*Хашимов Ф.Ф., Хамракулов С.С.
Ташкентская медицинская академия
Кафедра кожных и венерических болезней*

Оддий хуснбузарда Эролинг кўлланилиши

Хашимов Ф.Ф., Хамракулов С.С.

Ушбу мақолада оддий хуснбузар касаллигида ҳозирда долзарб бўлган маҳаллий даволаш воситаси сифатида «Эрол» малҳамининг кўлланилиши ҳақида маълумот берилган. Ушбу малҳамнинг самараси 46 нафар беморда кўрсатиб ўтилган.

Experience with the use of vulgar acne Erol

Khashimov F.F., Hamrakulov S.S.

This article is one of today pressing problems of the local treatment of acne vulgar with experience using the product Erol. The effect of the drug is shown after application in 46 patients.

Угревая болезнь (вульгарные угри, акне) - одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее до 85% людей в возрасте от 12 до 24 лет и соответственно 8 и 3% - в возрасте от 25 до 34 и от 35 до 44 лет. Встречаемость тяжелых форм составляет, по данным разных авторов, 5-14% общей заболеваемости акне [1,3]. В патогенезе акне важнейшее значение имеют четыре фактора. Инициальным звеном является наследственно обусловленная гиперандрогения (ГА), которая может проявляться в виде абсолютного увеличения количества гормонов (абсолютная ГА) или в виде повышенной чувствительности рецепторов к нормальному или сниженному количеству андрогенов в организме (относительная ГА) [2,5]. Ключевое звено в патогенезе акне - фолликулярный гиперкератоз [3,4,]. Из трех типов сально-волосяных фолликулов (СВФ) при акне в наибольшей степени в процесс вовлекаются фолликулы, располагающиеся в себорейных зонах (лицо, грудь, межлопаточная область) и состоящие из пушкового волоса, который практически не выходит на поверхность кожи, и больших многодольчатых сальных желез. Несколько сальных желез впадают в один фолликулярный канал на разных уровнях, благодаря чему проток СВФ принято делить на две части: асро - и infrainfundibulum. Эпителий верхней части, подобно эпидермису, ороговевает, а более длинная нижняя часть протока (4/5 длины), как и протоки сальных желез, выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием [1,6]. В увеличенном объеме кожного сала снижается концентрация незаменимой ненасыщенной линоленовой кислоты (ЛК) (в норме секреция кожного сала - 60-90 x10⁻⁶ г/см²). Недостаток ЛК может быть обусловлен как нехваткой в пище, так и недостаточностью ферментативных систем, обеспечивающих ее поступление и распределение в организме. ЛК является основным регулятором дифференцировки кератиноцитов, подавляя экспрессию фермента трансглутаминазы (ТГ) [7]. Фермент ТГ участвует в синтезе кератина 1-й и 10-й фракций, белков инволюкрина, лорикрина и филлагрина - основных компонентов цементирующей межклеточной субстанции корнеоцитов [8]. Повышенная активность ТГ вызывает ретенционный гиперкератоз в infrainfundibulum

СВФ. Преобладание процессов пролиферации и дискератоза над десквамацией эпителия в конечном счете приводит к закрытию протока СВФ [6,8]. Если обтурация преобладает в acroinfundibulum, формируется открытый комедон, черный цвет которого обусловлен продуктами окисления липидов кожного сала, в основном сквалена, а не меланином, как считалось ранее [8]. Обтурация в области infrainfundibulum СВФ ведет к образованию закрытого комедона. Комедон является первоначальным изменением кожи при акне и представляет собой «слепок» протока СВФ, состоящий из отторгшихся корнеоцитов и микроорганизмов, склеенных кожным салом. Обтурация комедоном протока СВФ создает благоприятные анаэробные условия для размножения факультативных анаэробов *Propionibacterium acnes* и *Propionibacterium granulosum* [1,8].

Применяемые сегодня противоугревые средства представлены как системными, так и местными препаратами, действующими преимущественно на какой-то один из факторов патогенеза акне.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности крема Эрол при вульгарных угрях. Под нашим наблюдением находилось 46 больных (мужчин-21, женщин - 25) в возрасте от 15 до 26 лет с вульгарными угрями. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 2 лет.

Больные получали стандартное противоугревое лечение, включающее десенсибилизирующую, иммунокорректирующую, антипаразитарную, витаминотерапию и местное лечение (10-20% ихтиоловая мазь, тетрациклиновая мазь). Помимо патогенетической терапии, больные основной группы получали местно крем Эрол. Его наносили на пораженные места очень тонким слоем 1 раз в день вечером перед сном, оставляя на коже в течение 6 ч. В процессе лечения разрешается осторожно удалять полностью размягченные комедоны и пустулы. В динамике через 1-ой недели на месте поражения отмечалась предварительная фаза обострения, в виде незначительного чувства жжения и зуда кожи. На 3, 4-ой недели отмечалась фаза обострения акне. Отмечались новые папуло-пустулезные элементы, покраснения. На 5-ой неделе значительное улучшение акне. Уменьшились воспалительные яв-

ления в виде отсутствия эритемы, уплощения папул, рассасывания пустул. На 6-7-ой неделе полное излечение.

Таким образом, можно сделать заключение, что крем «Эрол» является высокоэффективным местным противоугревым препаратом, дает длительную стойкую ремиссию, ускоряет развитие папул и пустул, способствует раскрытию пор, очищению, заживлению угрей без образования рубцов.

Литература:

1. Альбанова В.И. Угри: проблемы медикаментозного лечения // Мед. Газета - 2004. - №85. - с. 8-9.
2. Аравийская Е.В., Краснополюский Г.В., Соколовский Е.В. Акне. Библиотека врача-дерматолога. - СПб, - 1998. - с. 57.
3. Ахтямов С.Н., Сафарова Г.Г. Вульгарные акне: Вопросы этиологии и патогенеза // Рос. Журн. Кожных

и венерических болезней. - 1998. - №5. - с. 54-58.

4. Гусаков Н.И. Современные проблемы акне. /сб.: Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии. М., - 2001. - с. 78-80.

5. Гуцина Н.С., Корчевая Т.А. Эффективная наружная терапия пациентов с угревой болезнью // Русский медицинский журнал. - 2007. - №30. - с. 82-86.

6. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Забненкова О.В. Современные особенности патогенеза и терапии акне // Вестн. Дерматологии и венерологии. - 2003. - №1. - с. 9-15.

7. Baumann L. Cosmetic dermatology // New York: McGraw-Hill. - 2002. -p. 174-180.

8. Black P.A. Acne vulgaris // Prof. Nur-se. -1995. - Vol.11. - p. 181-183.

ПРИНЦИПЫ ТОПИЧЕСКОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ У ДЕТЕЙ

*Хаитов К.Н., Маннанов А.М., Тураходжаева Ф.В., Мухиддинова М.И.
Кафедра кожных и венерических болезней,
кафедра клинической фармакологии ТашПМИ*

Болаларда псориаз касаллигини маҳаллий стероидлар билан даволаш тамойиллари

Хаитов Қ.Н., Маннанов А.М., Тўрахўжаева Ф.В., Мухиддинова М.И.

Маҳаллий глюкокортикоид дори воситалари болаларда псориаз касаллигини даволашда муҳим аҳамиятга эга ва кенг қўлланилади. Маҳаллий кортикостероид дори воситаларини терининг нисбатан юпқа соҳаларига қўллаш ҳамда псориаз билан хасталанган гўдақлар ва болалар терисини даволашда фойдаланиш эҳтиёткорликни талаб қилади.

The principles of topical steroid therapy of psoriasis in children

Khaitov K.N., Mannanov A.M., Turakhodjaeva F.V, Mukhiddinova M.I.

Topical corticosteroids are a mainstay and widely used therapy for inflammatory dermatoses such as children's psoriasis. Caution must be used when topical corticosteroids are applied in vulnerable areas and in infants and children with psoriasis.

Псориаз - хронически-рецидивирующий дерматоз, характеризующийся гиперпролиферативными изменениями в эпидермисе, нарушением кератинизации, воспалительными изменениями в дерме [3]. В развитии болезни важное значение придается генетической обусловленности, при её наличии под влиянием разнообразных средовых факторов отмечается манифестация и рецидивы псориаза. По распространенности среди патологий кожных покровов детского возраста псориаз занимает одно из ведущих мест, уступая по частоте встречаемости лишь атопическому дерматиту [5]. В Российской Федерации в структуре заболеваемости детского населения ежегодно наблюдается статистически достоверное увеличение на 1,8-2,1% количества больных с манифестацией псориаза в раннем детском возрасте [1]. Несовершенство адаптационно-защитных механизмов, нервно-эндокринной регуляции, обменных и иммунологических свойств детского организма, негативное влияние факторов окружающей среды указывают на необходимость своеобразного подхода в ведении

и терапии псориаза у детей. Частое повторное и длительное использование одних и тех же средств лечения при каждом очередном рецидиве болезни, приводит к резистентности заболевания к терапевтическим мероприятиям, необходимости частой смены препаратов для достижения стойкой и долговременной ремиссии. Наряду с использованием эффективных лекарственных средств в общей терапии псориаза, невозможно добиться позитивного результата без проведения наружного лечения.

В терапии псориаза основными и наиболее эффективными, позволяющими достичь более быстрого результата средствами являются топические стероидные препараты [2]. Применение глюкокортикоидных препаратов оказывающих воздействие на различные звенья патогенеза псориаза непосредственно на пораженных тканях, создает возможность лечения без использования системных стероидных средств. Но несовершенная, формирующаяся детская кожа имеет особенности, которые в ряде случаев ограничивают длительное использо-

вание топических стероидных препаратов из-за риска возникновения побочных действий или осложнений. Детская кожа - нежная, обильно снабжена тонкостенными кровеносными капиллярными сосудами расположенными более поверхностно, склонна к развитию экссудативных явлений, субатрофическим изменениям, вторичному бактериальному инфицированию. Нерациональное использование топических стероидов может привести к переходу псориаза в более тяжелую форму (пуллезный псориаз, псориатическая эритродермия), вызывать истончение и атрофию кожи, способствовать появлению локальных гипопигментаций, телеангиэктазий, гипертрихоза [4]. Возникает необходимость индивидуального, осторожного подхода в назначении наружных глюкокортикоидных средств в практической деятельности дерматологов занимающихся лечением псориаза у детей, где обязательным условием является учет выраженности клинической симптоматики, стадии, распространенности высыпаний, длительности дерматоза.

Существующие на сегодняшний день топические стероиды согласно Международной классификации по силе воздействия распределены на 4 группы (табл. 1). Предпочтение в терапии детского псориаза даётся препаратам с умеренной и сильной активностью. Осторожное применение очень сильных топических стероидов допускается у детей старшего возраста, при ограниченных высыпаниях.

Основными механизмами действия топических стероидных средств при псориазе - является взаимодействие с стероидными рецепторами цитоплазматической мембраны клеток кожи приводящее к подавлению продукции цитокинов: интерлейкина-1, -6 и фактора некроза опухоли-альфа, вследствие чего происходит уменьшение и исчезновение остро- и подостровоспалительных процессов, стабилизируется пролиферация в эпидермисе, нормализуется кератинизация, уменьшается воспалительный отёк в дерме, происходит рассасывание узелковых элементов сыпи. Скорость проникновения топических стероидов через эпидермис в дерму обуславливает эффективность терапии и происходит двумя путями: непосредственно через эпидермис и через открытые волосяные фолликулы, сальные и потовые железы. С целью более облегченного доступа активного вещества через утолщенный роговой слой эпидермиса, а также для достижения смягчающего и отшелушивающего (кератолитического) действия, рекомендуется комбинированное использование глюкокортикоидов в сочетании с минимальными концентрациями салициловой, борной или мочевоы кислот, где имеется возможность использования как готовых препаратов с содержанием вышеуказанных средств (дипросалик, бетасалик, лоринден А, предникарб), так и мазей (салициловая 2% мазь, борная 5% мазь) смешиваемых со стероидами непосредственно перед применением.

Таблица 1.
Классификация топических глюкокортикоидов по степени активности

Сила действия	Международное фармацевтическое название	Торговое название
Слабые	Гидрокортизона ацетат 0,1%, 0,25%, 1%, 5%	Гидрокортизон (мазь, и крем)
Умеренные	Преднизолон 0,25%	Преднизолон (мазь)
	Клобетазона бутират 0,1%	Эмовейт
	Мазипредона гидрохлорид 0,25%	Деперзолон
	Триамцинолона ацетонид 0,1%	Фторокорт, трикорт, полькортолон
	Флуометазона пивалат 0,02%	Лоринден, локакортен
	Флуоцинолона ацетонид 0,025%	Флуцинар, синалар, синафлан
	Флуокортолон 0,025%	Ультралан
Сильные	Предникарбат 0,25%	Дероматоп
	Бетаметазона дипропионат 0,1%	Дипродерм
	Бетаметазона валерат 0,1%	Целестодерм-В, Бетновейт
	Гидрокортизона бутират 0,1%	Латикорт, Локоид
	Мометазона фураат 0,1%	Элоком
	Метилпреднизолона ацепонат 0,1%	Адвантан
	Галометазона моногидрат 0,005%	Сикортен
Очень сильные	Будезонид 0,025%	Апулеин
	Дексаметазон 0,025%	Эсперсон
	Клобетазола пропионат 0,1%	Дермовейт
	Хальцинонид 0,1%	Хальцидерм

Среди важных принципов использования в терапии псориаза стероидных наружных препаратов в детской практике, необходимо придерживаться следующих правил:

- создать режим местного лечения с минимальной эффективной концентрацией;
- комбинирование стероидов с другими препаратами местного действия (разведение препарата с индифферентными мазями, в зависимости от возрастных);
- осторожное использование стероидов на участках с повышенным оволосением, с очень тонкой и нежной кожей (лицо, складки);
- применение глюкокортикоидов с учетом биоритмов детей (предпочтительно в утренние часы для имитации суточной активности глюкокортикоидной функции надпочечников);
- ограничение использования фторированных стероидов, в связи с частым развитием побочных явлений;
- предпочтительное использование стероидов с умеренной и сильной активностью (синафлан, адвантан), применение очень сильных глюкокортикоидов только у детей старшего возраста (старше 8 лет);
- постепенная отмена препарата с последовательным уменьшением концентрации топического стероида, после достижения клинического эффекта и рассасывания высыпаний;
- индивидуальный подход к каждому больному ребенку с учетом возраста, распространенности

патологического процесса, остроты воспалительных явлений, длительности заболевания.

Топические стероиды в сочетании с общей терапией несомненно занимают основополагающую часть в лечении псориаза у детей, однако она не должна становиться «панацеей», так как неправильное, длительное, повторное использование различных классов наружных гормональных средств зачастую приводит к нежелательным побочным явлениям и осложнениям. Обоснованное, осторожное и внимательное применение глюкокортикоидов - залог эффективности терапии и длительности периода ремиссии псориазической болезни.

Литература:

1. Катханова О.А.О единой врачебной тактике восстановительного лечения детей, страдающих псориазом, на поликлиническом и санаторно-курортном этапах диспансеризации. // Врач. - 2008. - № 2. - с. 64-65.
2. Кутасевич Я. Ф. Современные подходы к применению топических глюкокортикостероидов. // Журнал дерматологии и венерологии. - 2000. - № 1 - с. 95-99.
3. Псориаз. Псориазическая артропатия. // Г.М. Беляев, П.П. Рыжко - 3-е изд., доп.- М.: МЕДпресс-информ, 2005. - с. 272.
4. Schoepe S., Schacke H., May E. et al. Glucocorticoid therapy-induced skin atrophy.// Exp. Dermatology. - 2006. - 15: 406-420.
5. Verbov J. Psoriasis in childhood.//Arch Dis Child. - 1992. - 67:75-76.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ У «ПРАКТИЧЕСКИ» ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК

Амонов И.И., Мавлонова Г. Ш., Зиновьев П.В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Соғлом қизчалар қонидаги микроэлементлар таркибининг таснифи

Амонов И.И., Мавлонова Г. Ш., Зиновьев П.В.

12-16 ёшгача бўлган соғлом қизчаларда қонда микроэлементлар миқдори ҳайз цикли фазасига боғлиқ ҳолда ёритилган ва фертил ёшдаги соғлом аёл қонидаги микроэлемент миқдори билан солиштирилган.

Characteristics of the content of microelements in the blood of " almost " healthy girls

Amonov I.I., Mavlonova G. S., Zinoviev P.V.

Department of Obstetrics and Gynecology

An amount of microelements in the blood of healthy girls aged 12 to 16 is given depending on a menstrual cycle phase and compared to that in the blood of a healthy fertile woman.

Микроэлементы - это химических элементов, которые содержатся в организме человека и животных в очень малых количествах. Это компоненты закономерно существующей очень древней и сложной физиологической системы, участвующей в регуляции всех жизненных функций на всех стадиях развития [2, 4, 5].

Ведущая роль в изучении микроэлементов принадлежит нашему соотечественнику академику В. И. Вернадскому. Он научно обосновал невозможность жизнедеятельности животных и растений без микроэлементов. Дальнейшее развитие эти вопросы нашли в трудах А. П. Виноградова, А. И. Венчикрва, А. О. Войнара, В. В. Ковальского, Г. А. Бабенко, Л.Р. Ноздрюхиной и других советских ученых.

Биоэлементы входят в состав 180 ферментов из 660 известных, участвуют в иммуногенезе, являются составной частью гормонов, способствуют обезвреживанию токсических веществ, регулируют окислительно-восстановительные реакции, влияют на рост, развитие и размножение, кроветворение, обмен витаминов, на осмотическое давление и коллоидное состояние клеточных белков.

Основными источниками микроэлементов служат продукты растительного происхождения, которые усваивают элементы из почвы и воды [4, 8].

Цель исследования: Изучить микроэлементный статус крови у «практически» здоровых девочек в возрасте 12-16 лет в зависимости от фазы менструального цикла.

Целью, исключения влияния имеющихся экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) на МЭ статус организма, мы старались выделить девочек, у которых имелось минимальное количество ЭГЗ и инфекционной патологии, и во время исследования не было обострений хронических заболеваний.

Материал и методы: Исследованию проводилось 27 девочек, признанные, как практически «практически» здоровыми в возрасте от 12 до

16 лет. Группу контроле составил 20 женщин фертильного возраста признание также «практически» здоровыми. Изучение МЭ состава крови осуществлялось в Республиканском центре судебной экспертизы.

Для определения МЭ образцы сыворотки крови, эритроцитов, сжигали в концентрированной азотной кислоте, брали аликвоту и разводили 1% азотной кислотой до рабочих концентраций и осаждали центрифугированием.

МЭ став подготовленных вышеописанным методом образцов определялся на приборе АТ 7500 а (Agilent 7500 a. inductively Coupled Plasma Mass Spectrometer. Япония, 2001 г.): газ - носитель аргон, мощность 1310 Вт, время интегрирования 0,1 с. Содержание МЭ биологических средах представлены в мкг%. Определяли эссенциальные МЭ - хром, марганец, железо, кобальт, медь, цинк, селен, молибден, йод. Токсичные-бериллий, алюминий, кадмий, ртуть, свинец. Забор крови у пациенток осуществляли в утренние часы, одновременно проводили исследование общего анализа крови, гормонов.

Проведено комплексное исследование концентрации МЭ в сыворотке крови и эритроцитах фолликулярной (7 день), овуляторной (14 день) и лютеиновой (21 день) фаза яичникового циклов.

Исследование проводилось у одной той же девочки в предполагающий фолликулярной (7 день), овуляторной (14 день) и лютеиновой (21 день) фаза яичникового циклов. Целью, исключения влияния имеющихся экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) на МЭ статус организма, мы старались выделить девочек, у которых имелось минимальное количество ЭГЗ и инфекционной патологии, и во время исследования не было обострений хронических заболеваний.

Результаты исследования показали, что содержание микроэлементов в крови у условно здоровых девочек имеют свои закономерные особенности по сравнению по аналогичными показателями МЭ женщин фертильного возраста (табл. 1.).

Таблица 1.
Сравнительный анализ микроэлементного состава крови у условно здоровых девочек и женщин фертильного возраста

МЭ	Девочки		Женщины фертильного возраста	
	сыворотка крови	эритроциты	сыворотка крови	эритроциты
Эссенциальные микроэлементы				
Cr	56,7±2,4	66,2±4,8	71,8±5,3**	84,8±6,5***
Mn	11,2±0,9	23,4±2,1	17,4±1,1*	32,4±2,1**
Fe	136,4±9,3	48,3±3,1	142,4±9,8	74,6±5,6***
Co	5,3±0,4	17,3±1,3	8,4±0,72**	26,3±1,8***
Cu	154,8±12,4	120±8,6	152,6±11,3	164,7±12,4**
Zn	121±8,9	623±36,2	154,6±12,7*	942±63,4***
Se	14,1±0,63	18,6±0,9	8,1±0,62*	24,4±1,8**
Mo	1,2±0,09	1,1±0,08	1,3±0,09	2,1±0,1**
I	7,6±0,6	22,8±1,7	14,8±1,1***	37,4±2,4**
Ni	7,8±0,43	16,3±1,2	10,6±0,9*	22,3±2,1**
Токсичные микроэлементы				
Be	0,53±0,02	0,2±0,08	0,76±0,04*	0,36±0,02***
Al	253±24,6	268±33,1	448±28,3***	434±31,6***
Cd	23,6±1,9	26,7±3,1	30,6±2,4**	31,9±2,6**
Hg	0,31±0,08	0,22±0,02	0,47±0,02**	0,4±0,024***
Pb	30,6±2,8	23,1±1,8	42,6±3,1**	38,3±2,9***

Примечание: * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$ по сравнению с показателями женщин фертильного возраста.

Как видно из таблицы 1., наблюдается достоверное снижение концентрации таких эссенциальных МЭ как: марганец, железо, кобальт, медь, цинк, молибден и йода ($P < 0,05 - 0,01$). При этом больше сниженный уровень эссенциальных МЭ наблюдается в эритроцитах ($P < 0,001$). Данный исход полученных результатов, вероятно, связан с возрастными особенностями обследуемых групп (рис. 3.1). Так при корреляционном анализе выявляется тесная прямая корреляционная связь концентрации цинка в сыворотке крови с уровнем эстрадиола в группе девочек ($r = 0,58$).

Более того, концентрация токсичных МЭ также имеют достоверно сниженный уровень в группе условно здоровых девочек и по сравнению с женщинами фертильного возраста, как в сыворотке крови, так и в эритроцитах ($P < 0,05 - 0,001$). Данный исход свидетельствует о возможном постепенном накоплении токсичных МЭ в организме человека.

Исследования показали, что наблюдаются значительные изменения МЭ статуса крови у девочек в зависимости от дня менструального цикла. Уровень многих эссенциальных МЭ повышается в 14 день менструального цикла, который начинает снижаться в 21 день менструального цикла, достигая максимума снижения к 1-3 дню цикла.

Согласно результатам наших исследований, у девочек содержание железа в крови достоверно

занижено в сравнении с показателями женщин фертильного возраста ($P < 0,01$). Это было особо заметно в 1-3 дни менструального цикла как в сыворотке крови (136,4±9,3 мкг%), так и в эритроцитах (48,3±3,1 мкг%). Однако, начиная с 7 дня цикла концентрация железа в крови начинает возрастать, соответственно: 128,6±11,3 и 51,6±4,8 мкг% ($P > 0,05$), достигая своего максимума к 14 дню менструального цикла 138,0±11,6 и 55,3±4,1 мкг% ($P < 0,05$). Затем начиная с 21 дня цикла уровень железа начинает снижаться ($P > 0,05$). Такая закономерность была характерна как для сыворотки крови (127,3±19,6 мкг%), так и для эритроцитов (52,3±4,2 мкг%) по изучению концентрации железа.

Согласно данным корреляционной матрицы, существует отрицательная корреляция уровня железа в эритроцитах с количеством кобальта ($r = 0,41$; $P < 0,05$). Обнаруженная низкая отрицательная корреляционная взаимосвязь уровня железа с концентрацией кобальта по-видимому, указывает на некий антагонизм этих МЭ.

Согласно результатам наших исследований, уровень йода в эритроцитах девочек в среднем оказался 2,7 раз больше по сравнению с показателями сыворотки крови и колеблется закономерно в зависимости от дня менструального цикла (в сыворотке крови 7,6±0,6 мкг%; и в эритроцитах 22,8±1,7 мкг%; $P < 0,05$). К 1-3 дню менструального

цикла отмечается физиологический дефицит йода в крови в целом. Однако, начиная с 7 дня цикла уровень йода в крови начинает повышаться, достигая максимума в дни овуляции (сыворотки крови $9,6 \pm 0,7$ мкг% и в эритроцитах $28,6 \pm 2,1$ мкг%). А в прогестероновую фазу концентрация йода достигает своего первоначального уровня (соответственно: $8,3 \pm 0,6$ и $22,7 \pm 2,0$). При этом особенности колебаний уровня йода в сыворотке крови или в эритроцитах нами не выявлено. Отмечается положительная корреляционная связь йода с селеном ($r=0,48$; $P<0,05$) и медью ($r=0,54$; $P>0,05$) в красной клетке крови, что свидетельствует о важной роли этих МЭ в деятельности ЩЖ. Следовательно, участие в йодном обмене этих МЭ вполне очевидно.

Концентрация марганца в крови согласно нашим исследованиям, накапливается преимущественно в эритроцитах. В эритроцитах концентрация марганца оставался относительно без изменений, тогда как в сыворотке крови в зависимости от дня менструального цикла его уровень достоверно изменяется. Так в начале менструального цикла (1-3 дни) концентрация марганца в сыворотке крови составляет $11,2 \pm 0,9$ мкг%, которая начинает повышаться с 7 дня цикла ($13,3 \pm 0,9$ мкг%).

К 14 дню менструального цикла уровень марганца достигает своих максимальных значений ($16,8 \pm 1,3$ мкг%), затем снижаясь к концу цикла ($12,6 \pm 1,3$ мкг%). В эритроцитах сохраняется такая

же тенденция соответственно: $24,3 \pm 2,1$ мкг%, $24,1 \pm 2,1$ мкг%, $25,3 \pm 5,9$ мкг% и $23,4 \pm 1,1$ мкг% ($P<0,05$). Отмечена положительная корреляционная взаимосвязь между концентрацией марганца и уровнем меди ($r=0,46$; $P<0,01$), и кобальта ($r=0,34$; $P<0,05$), что, вероятно свидетельствует о синергизме и этих МЭ.

Согласно результатам наших исследований, у девочек содержание меди в крови накапливается преимущественно в плазме. В плазме концентрация меди в зависимости от дня менструального цикла его уровень достоверно изменяется. Это было особо заметно в 1-3 дни менструального цикла как в сыворотке крови ($154,8 \pm 12,4$ мкг%). Однако, начиная с 7 дня цикла концентрация меди в крови начинает понижаться, соответственно: $121,0 \pm 9,6$; $109,0 \pm 8,6$ мкг% и $113,6 \pm 10,6$ ($P>0,05$).

Так в начале менструального цикла (1-3 дни) концентрация меди в эритроциты крови составляет $120,0 \pm 8,6$ мкг%, которая начинает повышаться с 7 дня цикла ($128,3 \pm 11,4$ мкг%). К 14 дню менструального цикла уровень меди достигает своих максимальных значений ($131,4 \pm 12,1$ мкг%), затем снижаясь к концу цикла ($128,0 \pm 10,3$ мкг%).

Результатам наших исследований показывают, у девочек содержание цинка в крови достоверно занижено в сравнении с показателями женщин фертильного возраста ($P<0,01$). Это было особо заметно в 1-3 дни менструального цикла как в эрит-

Рис.3.1 Сравнительный анализ содержания микроэлементов в крови у условно здоровых девочек и женщин фертильного возраста, мкг%

$P<0,05-0,01$

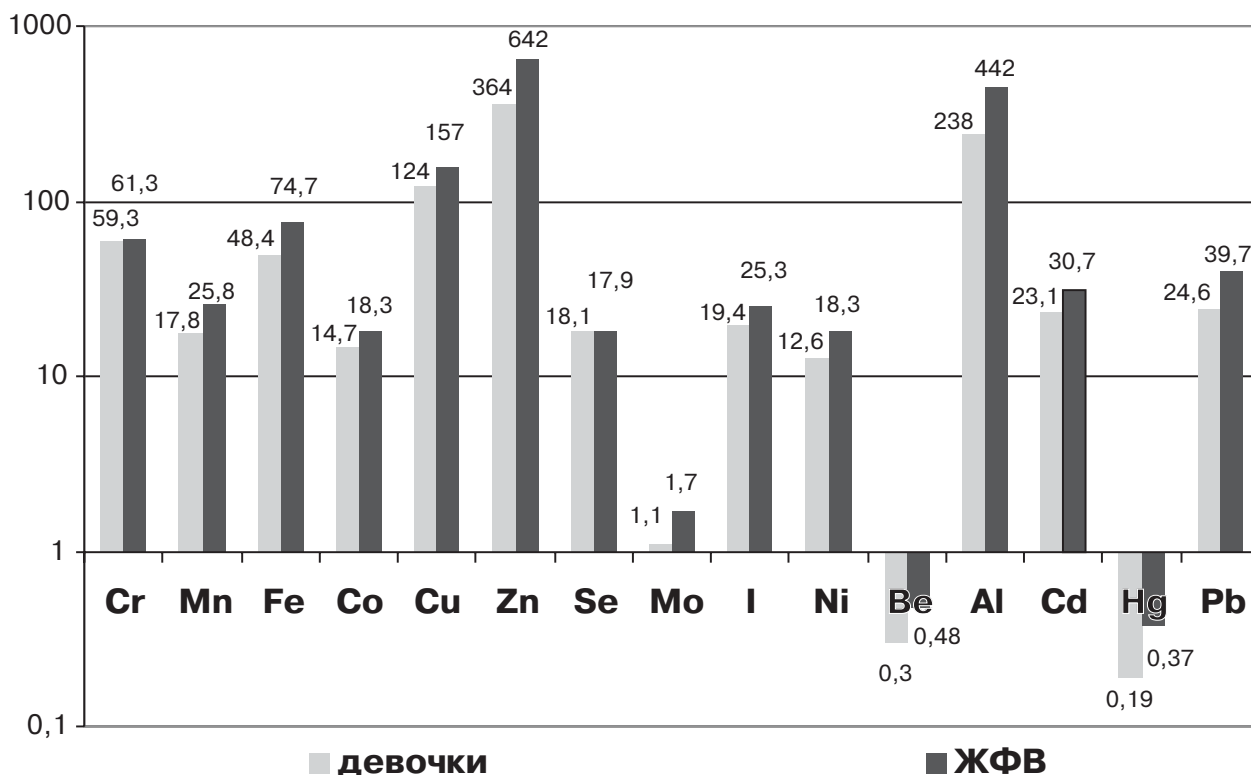


Таблица 2

Динамика микроэлементного состава крови у «практически» здоровых девушек в зависимости от дня менструального цикла

МЭ	Дни менструального цикла							
	1-3 день		7 день		14 день		21 день	
	сыв. крови	эритро	сыв. крови	эритро	сыв. крови	эритро	сыв. крови	эритро
Эссенциальные микроэлементы								
Cr	56,7±2,4	66,2±4,8	58,1±3,6	65,3±4,5	71,7±6,3**	67,2±4,1	60,3±3,9*	65,6±5,1
Mn	11,2±0,9	24,3±2,1	13,3±0,9	24,1±2,1	16,8±1,3*	25,3±1,9*	12,6±1,3	23,4±1,1*
Fe	136,4±9,3	48,3±3,1	128,6±11,3	51,6±4,8	138±11,6	55,3±4,1**	127,3±19,6	52,3±4,2*
Co	5,3±0,4	17,3±1,3	5,8±0,31	18,4±1,2	6,2±0,6	19,3±1,2*	6,0±0,56	17,2±1,8
Cu	154,8±12,4	120±8,6	121±9,6*	128,3±11,4	109±8,6***	131,4±12,1*	113,6±10,6**	128±10,3*
Zn	121±8,9	623±36,2	127,4±11,3	646±48,3	144,8±9,8**	778±54,6***	136,3±11,8	726,3±53,1**
Se	14,1±0,63	18,6±0,9	15,2±1,3	19,1±1,3	14,6±1,6	23,6±1,9*	12,3±0,9	17,6±1,1
Mo	1,2±0,09	1,1±0,08	1,1±0,08	1,3±0,09	0,9±0,008*	1,1±0,008	1,3±0,07	1,1±0,08
I	7,6±0,6	22,8±1,7	7,8±0,5	24,6±1,8	9,6±0,7**	28,6±2,1	8,3±0,6*	22,7±2,0
Ni	7,8±0,43	16,3±1,2	7,6±0,51	17,6±1,3	7,6±0,3	17,9±1,1*	7,3±0,3	17,1±1,3
Токсичные микроэлементы								
Be	0,53±0,02	0,2±0,08	0,51±0,032	0,22±0,09	0,5±0,05	0,24±0,018	0,49±0,04	0,25±0,019*
Al	253±24,6	268±33,1	268±18,3	236±18,6*	251±19,6	230±20,8**	273±26,3*	254±22,4
Cd	23,6±1,9	26,7±3,1	25,3±2,1	24,8±2,2	22,2±2,6*	24,1±1,9*	24,6±1,8	27,3±2,2
Hg	0,31±0,08	0,22±0,02	0,33±0,07	0,18±0,02	0,3±0,02	0,17±0,02*	0,3±0,02	0,19±0,01
Pb	30,6±2,8	23,1±1,8	28,6±2,0	24,6±1,9	26,8±1,8*	22,1±2,1*	29,6±2,2	23,8±2,1

роциты крови (623,0±36,2 мкг%), так и в плазме (121,0±8,9 мкг%). Однако, начиная с 7 дня цикла концентрация цинка в крови начинает возрастать, соответственно: 646,0±48,3 и 127,4±11,4 мкг% (P>0,05), достигая своего максимума к 14 дню менструального цикла 778,0±54,6 и 144,8±9,8 мкг% (P<0,05). Затем начиная с 21 дня цикла уровень цинка начинает снижаться (P>0,05). Такая закономерность была характерна как для сыворотки крови (136,3±11,8 мкг%), так и для эритроцитов (76,3±53,1 мкг%) по изучению концентрации цинка.

Согласно результатам наших исследований, уровень селена в эритроцитах девочек больше по сравнению с показателями сыворотки крови и колеблется закономерно в зависимости от дня менструального цикла (в сыворотки крови 14,1±0,61 мкг%; и в эритроцитах 18,6±0,9 мкг%; P<0,05). Однако, начиная с 7 дня цикла уровень селена в крови начинает повышаться, достигая максимума в дни овуляции (сыворотки крови 15,2±1,3 мкг% и в эритроцитах 19,1±1,3 мкг%). А в прогестероновую фазу концентрация селена достигает своего первоначального уровня (соответственно: 12,3±0,9 и 17,6±1,1) При этом особенности колебаний уровня селена в сыворотке крови или в эритроцитах нами не выявлено.

Отмечается положительная корреляционная связь йода с селеном (r=0,48; P<0,05) и медью (r=0,54; P>0,05) в красной клетке крови, что свидетельствует о важной роли этих МЭ в деятельности ЩЖ. Следовательно, участие в йодном обмене этих МЭ вполне очевидно.

Согласно результатам наших исследований, уровень кобальта в эритроцитах девочек в среднем оказался 2,2 раз больше по сравнению с показателями сыворотки крови и колеблется закономерно в зависимости от дня менструального цикла (в сыворотки крови 5,3±0,4 мкг%; и в эритроцитах 17,3±1,3 мкг%; P<0,05). Однако, начиная с 7 дня цикла уровень кобальта в крови начинает повышаться, достигая максимума в дни овуляции (сыворотки крови 6,2±0,6 мкг% и в эритроцитах 19,3±1,2 мкг%). А в прогестероновую фазу концентрация кобальта достигает своего первоначального уровня (соответственно: 6,0±0,56 и 17,2±1,1) При этом особенности колебаний уровня кобальта в сыворотке крови или в эритроцитах нами не выявлено.

Таким образом, исследования показали достоверно низкую концентрацию ряда эссенциальных МЭ у практически здоровых девочек, по сравнению с аналогичными показателями здоровых женщин фертильного возраста. В зависимости от дней

менструального цикла уровень эссенциальных МЭ колеблется закономерно. Так, начиная с 6-7 дня цикла концентрация железа, цинка, меди, селена и др. начинает достоверно возрастать, достигая своего максимума к 14 дню менструального цикла ($P < 0,05-0,001$). Затем, во второй фазе цикла концентрация этих МЭ имеют тенденцию к заметному снижению ($P < 0,05-0,01$). Данное положение, на наш взгляд свидетельствует об участии этих жизненно важных МЭ в процессе овуляции, а возможно менструального цикла в целом.

Концентрация токсичных МЭ также имеют достоверно сниженный уровень в группе условно здоровых девочек и по сравнению с женщинами фертильного возраста, как в сыворотке крови, так и в эритроцитах ($P < 0,05 - 0,001$).

Это было особо заметно в 1-3 дни менструального цикла (рис. 3.9) на примере алюминия как в сыворотке крови ($253,0 \pm 1,9$ мкг%), так и в эритроцитах ($268,0 \pm 33,1$ мкг%). Однако, начиная с 7 дня цикла концентрация алюминий в крови начинает возрастать, соответственно: $268,0 \pm 18,3$ и $236,0 \pm 18,6$ мкг% ($P > 0,05$), к 14 дню менструального цикла этот показатель понижается $251,0 \pm 19,6$ и $230,0 \pm 20,8$ мкг% ($P < 0,05$). Затем начиная с 21 дня цикла уровень алюминия начинает возрастать ($P > 0,05$). Такая закономерность была характерна как для сыворотки крови ($273,0 \pm 26,3$ мкг%), так и для эритроцитов ($254,0 \pm 22,4$ мкг%).

Согласно результатам наших исследований, у девочек содержание свинца в крови (рис. 3.10) достоверно занижено в сравнении с показателями женщин фертильного возраста ($P < 0,01$). В 1-3 дни менструального цикла как в сыворотке крови ($30,6 \pm 2,8$ мкг%), так и в эритроцитах ($23,1 \pm 1,8$ мкг%). Однако, начиная с 7 дня цикла концентрация свинца в крови начинает снижаться, соответственно: $28,6 \pm 2,0$ и $24,6 \pm 1,9$ мкг% ($P > 0,05$), к 14 дню менструального цикла соотв. $26,8 \pm 1,8$ и $22,1 \pm 2,1$ мкг% ($P < 0,05$). Затем начиная с 21 дня цикла уровень свинца начинает возрастать ($P > 0,05$). Такая закономерность была характерна как для сыворотки крови ($29,6 \pm 2,2$ мкг%), так и для эритроцитов ($23,8 \pm 2,0$ мкг%).

Таким образом, концентрация токсичных МЭ в крови у практически здоровых девочек достоверно снижены по сравнению с аналогичными показателями женщин фертильного возраста. Данное положение вероятно свидетельствует о возможном постепенном накоплении токсичных МЭ в организме человека.

Подитоживая результатов по исследованию МЭ статуса крови у практически здоровых девочек в возрасте 12-16 лет и женщин фертильного возраста можно заключить, что уровень МЭ в крови практически здоровых девочек колеблется закономерно как с позиции возраста, так и с позиции дней

менструального цикла. Данное положение, свидетельствует о несомненной роли этих жизненно важных МЭ в организме человека, а именно в процессе овуляции, менструального цикла в целом.

Использованная литература:

1. Агаджанян Н.А., А.В. Скальный. //Химические элементы в среде обитания и экологический портрет человека. // М.: Изд-во КМК. - 2001. 2-е изд. с. 83. мягк. Обл.
2. Абдуллаева М.А. Роль микроэлементов регуляции иммунитета в организме. Жур. Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. 2005; №1; с. 99-101.
3. Жаворников А.А., Кудрин А.В. Микроэлементы и естественная киллерная активность. // Обзорные литературы. 1996 г. №4; с. 65-67.
4. Носолодин В.В., В.Л. Широков, А.В. Люсин. Взаимодействие микроэлементов в процессе их обмена в организме. Жур. Вопросы питания. 1999. №4.
5. Казюкова Т.В., А.А. Левина, Г.А. Самсыгина, В.Ф. Коколина. Показатели обеспеченности девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями. Акушерство и гинекология. Москва. 2004; №1; с. 51-52.
6. Кудрин А.В., Скальная М.Г., Жаворников А.А., М.Г. Скальная Громова О.А., // Иммуноформология микроэлементов. // М.: изд. КМК. 2000. с. 537 в тв. Перепл.
7. Кудрин А.В. Микроэлементозы человека. Международной медицинский журнал. 1998; №11-12. с.1000-1006.
8. Кудрин А.В., Скальная М.Г., Жаворников А.А., М.Г. Скальная Громова О.А., // Иммуноформология микроэлементов. // М.: изд. КМК. 2000. с. 537 в тв. перепл.
9. Ковригина Е.С., Н.А. Карамян, Е.Г. Казанец, Д.Х. Айвазова, М.В. Красильников, Ю.В. Кузнецова, Н.С. Сметанина. Цинкпротофрин при скрининге дефицита железа у подростков. Жур. Гематология и трансфузиология. 2007. №5. с. 22-26.
10. Сидельникова В.М., А.В. Кудрин. // Применение препарата Магнет-В6 в клинике невынашивания беременности. // Акушер. и гинеколог. - 2002. - №3. с. 47-48.
11. Скальный А.В., Г.В. Яцки, Н.Д. Одинаева. // Микроэлементозы у детей: распространенность и пути его коррекции. // Практическое пособие для врачей. М.: изд-во КМК. 2002. с. 86.
12. Скальный А.В. // Микроэлементозы человека (диагностика и лечение). // Практическое руководство для врачей и студентов медицинских вузов. М.: Изд-во КМК. - 2001. 2-е изд. с. 96. мягк. обл.
13. Consequences of iron depletion on health in menstruating women. Duport N, Preziosi P, Boutron-Ruault MC, et al J Clin Nutr. 2003 Sep;57(9):1169-75.