сроки гестации – 36-40 недель. Беременные с гестозом были разделены на 2 группы. В I группу вошли 15 беременных с легким течением гестоза (оценка по шкале Goecke – 1-3 балла). При оценке состояния МЦ методом ЛДФ, проведении функциональных проб (проба с задержкой дыхания, проба с нифедипином, постуральная проба) изменения уровня базального кровотока (БК) у больных этой группы выявлено не было, что позволило сделать заключение об отсутствии спазма сосудов микроциркуляторного русла у беременных с легким течением гестоза.

II группу составили 18 беременных с гестозом средней степени тяжести (оценка по шкале Goecke – 4-5 баллов). У беременных этой группы при оценке состояния МЦ наиболее существенные изменения были обнаружены при проведении функциональных проб. Так, при проведении пробы с нифедипином было выявлено увеличение БК в 1,5-2 раза, что подтверждало наличие исходного спазма артериол. При проведении дыхательной пробы (задержка дыхания на высоте вдоха) отмечено уменьшение уровня БК в 2-3 раза (в норме снижение БК не более 50% от исходного). Увеличение кровотока у беременных данной группы во время проведения постишемической пробы составляло в среднем 500% (в норме не более 300%), что свидетельствует об увеличении функционального резерва микроциркуляции и наблюдается при наличии спазма приносящих микрососудов.

При последующем гистологическом исследовании плацент у беременных I группы было обнаружено увеличение размеров стволовых, якорных и концевых ворсин за счет отека их стромы, при этом форма ворсин становилась фестончатой. Сосуды микроциркуляторного русла были сдавлены вплоть до полного запустевания как за счет отека стромы ворсин, так и за счет отека стенок сосудов. .В некоторых случаях на фоне отека в строме ворсин возникали мелкие кровоизлияния. Межворсинчатое пространство было сужено.

Гистологическое исследование ворсин плацент женщин II группы выявило явления ангиоматоза, особенно в якорных и концевых ворсинах, что сочеталось со склерозированием не только стенок самих кровеносных сосудов, но и стромы ворсин, при этом картина склероза доминировала над ангиоматозом. На фоне выраженного склерозирования ворсин наблюдалось расширение межворсинчатого пространства, в котором выявлялись нити фибрина, а также элементы десквамированного хориального эпителия. Кроме того, в некоторых ворсинах обнаруживался тромбоз сосудов, а в отдельных ворсинах кровоизлияния, которые локализовались как в строме, так и в межворсинчатом пространстве. На фоне выявленных изменений отмечалось склеивание отдельных ворсин в конгломераты. Следует подчеркнуть, что в данной группе отмечалось сочетание компенсаторно-приспособительных процессов, направленных на оптимизацию микроциркуляции, и процессов дегенеративного характера.

Таким образом, при сопоставлении данных функциональных и морфологических методов обследования можно сделать вывод, что наиболее рано изменения сосудов зоны микроциркуляции возникают именно в плаценте (еще при отсутствии существенных изменений микроциркуляторного русла беременной). Эти изменения в плаценте имеют место уже при легком течении гестоза. В то же время при среднетяжелом течении гестоза выраженные изменения микроциркуляторного русла обнаружены как в плаценте, так и сосудистой системе беременной.

Коррекция нарушений иммунного и оксидантного статуса у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий

Сергеева С.Л., Конопля А.И., Лазарева Г.А.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью работы было изучение состояния нарушений иммунного статуса у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий.

Под наблюдением находилось 35 женщин с папилломавирусной инфекцией гениталий (ПВИГ) в возрасте 23-40 лет, группа контроля состояла из 14 здоровых женщин в том же возрасте. Диагноз устанавливали на основании проведения полимеразной цепной реакции с нуклеотидными последовательностями генома папилломавирусов 16 и 18 типов. В крови и вагинально-цервикальном секрете определены некоторые показатели системного и местного иммунитета. Все пациентки с ПВИГ были разделены на три группы. Больным первой группы проводили базовую терапию (циклоферон, свечи «Виферон»). Пациентки второй группы к базовому лечению получали гроприносил в сочетании с магнито-лазерным облучением. Больные ПВИГ, кроме основного лечения, получали деринат и диквертин.

На момент обследования у больных по сравнению со здоровыми женщинами установлено повышение в крови как абсолютного, так и относительного содержания CD3, CD8 и CD16-лимфоцитов, клеток-индукторов фактора апоптоза (CD95), снижение процента клеток, экспрессирующих поздние маркеры активации (HLA-DR), несущих рецепторы к ИЛ2 (CD25), снижение фагоцитарной (фагоцитарный показатель и фагоцитарное число) и функциональной активности (спонтанный и стимулированный зимозаном тест восстановления нитросинего тетразолия) нейтрофилов, повышение концентрации в сыворотке крови IgA. В вагинально-цервикальном секрете и сыворотке крови выявлено повышение содержания ФНОα, ИЛ6 и ИЛ-1β при снижении концентрации ИЛ-4. Кроме этого, в вагинально-цервикальном секрете установлено снижение фагоцитарной и функциональной активности нейтрофилов, повышение sIgA, C_3 ,C_4 - компонентов комплемента и показателей перекисных процессов с одновременным снижением антиоксидантной активности по сравнению с контрольной группой.

Включение в комплексное лечение различных сочетаний фармакологических средств с физиотерапевтическим воздействием значительно уменьшает нарушения общего и местного иммунитета, снижает содержание провоспалительных цитокинов, показатели перекисных процессов в вагинально-цервикальном секрете и сыворотке крови с одновременным нарастанием антиоксидантной активности по сравнению с исходными данными на момент поступления. Наиболее эффективным оказалось сочетание: гроприносил + магнитолазерное облучение.

Применение аппарата «Мустанг-2000» при синдроме панцитопении у больной хронической железодефицитной анемией

Скворцов В.В., Недогода В.В.
Волгоградская медицинская академия

Больная С.Л.В., 63 лет, инвалид 11 группы, история болезни N 311\20, находилась на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении (ГЭО) Волгоградской областной клинической больницы (ОКБ) N 1 в январе 2002 г. с диагнозом: хронический атрофический гастрит, хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы 11-111 ст, реактивный гепатит, хроническая железодефицитная анемия 111 ст, панцитопения.

Поступила с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота (преимущественно в эпигастрии и левом подреберье), тошноту, похудание, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке. Из анамнеза известно, что патологией желудочно-кишечного тракта страдает в течение 18-20 лет. Неоднократно лечилась в стационарах г. Волгограда (анальгетики, спазмолитики, ферменты, прокинетики, препараты железа, физиолечение) без отчетливого эффекта.

При общем клиническом исследовании обнаружены бледность и сухость кожи, умеренное увеличение размеров печени, болезненность при пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберьях, симптомы раздражения брюшины отрицательные. При УЗИ: диффузное увеличение эхоплотности печени и поджелудочной железы, неоднородность их структуры. Стенка желчного пузыря повышенной эхогенности, конкрементов не обнаружено. При фиброгастроскопии (ФГС): тотальный атрофический гастрит. В крови: эритроциты 2600000, гемоглобин 76 г\л, ретикулоциты 1,1%, тромбоциты 140 000, лейкоциты 2900, формула без особенностей, СОЭ 25 мм\час. Малоновый диальдегид (МДА) плазмы – 12 мкмоль\л (норма до 7,69), каталаза (К) – 13,4 мкмоль\мл\мин (норма 14-16), супероксиддисмутаза (СОД) – 1,0 у.е.\мл (норма 1,87-2,38), глутатионпероксидаза (ГП) – 6,4 мкмоль\мл\мин (норма 4,5-7,5). Другие биохимические показатели без отклонений от нормы.

Учитывая недостаточную эффективность медикаментозного лечения, назначен пробный курс инфракрасной лазеротерапии (ИКЛТ) с использованием аппарата «Мустанг-2000» (фирма «Техника», Москва). Длина волны излучения 0,89 мкм, мощность в импульсе – 5 Вт. Проводилось воздействие на болевые зоны в брюшной полости (150-200 Гц, по 90 сек на поле), облучение зоны проекции селезенки и печени (150-300-1500 Гц, 2 мин), средней трети грудины (80-150 Гц, 1 мин), сонной артерии (1000-1200 Гц, 1 мин). На время ИКЛТ все медикаменты были отменены. После 2-3 процедур отмечено значительное ослабление, после 8 – купирование болевого синдрома. Никаких побочных эффектов не отмечали. По завершении курса ИКЛТ (10 процедур) проведено повторное клинико-лабораторное обследование.