антигены Dr12 и DR9, представленные в европейских популяциях с частотой не более 3-5%, но являющиеся характерными для популяций, имеющих монголоидное происхождение Также у башкир Челябинской области с высокой частотой отмечены гаплотипы, почти не представленные у европеоидов A2-B13, B13-DR7, B40-DR12, DR7- DQA201, DR12 –DQA601, DR13-DQB602/8.

Максимальная сцепленость в популяции башкир Челябинской области отмечена для пар антигенов: A2-B13, B13-DR7, DR7-DQA201 и DR7- DQB201. Можно предположить, что наиболее характерным и максимально распространённым в группе башкир, является расширенный гаплотип A2-B13-DR7-DQA*201-DQB*201. Кроме того, установлена распространенность таких гаплотипов как A2- B5, A2 – B40, A2 – B13, A11 – B5, A11 –B40, B5 – DR13, B7 –DR13, B13 –DR7, B40- DR4, B40 – DR12, DR9-DQA301, DR13-DQA103 - более «монголоидных», чем «европеоидных».

Таким образом, в результате исследований, установлены основные показатели распространения генов, антигенов, гаплотипов HLA в этнических группах русских и башкир, проживающих в Челябинской области.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Г. АСТРАХАНИ ЗА 20 ЛЕТ

Сухарев А.Е., Вайчулис Ю.В., Беда Н.А., Москаленко Н.П., Мамаева С.А., Ермолаева Т.Н.
Астраханское региональное общественное учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП) «Грант»; ГКБ № 4 и ГКРД № 2 Астрахань

Ежегодное количество родов в ГКРД № 2 в последние 20 лет регистрируется в пределах от 4414 до 5957.

При обследовании женщин в числе показателей акушерской патологии отмечены воспалительные заболевания гениталий от 4,8 до 18,9% и гестозы – от 10,5 до 40,3 % с тенденцией их увеличения в последующие годы (в процентах от числа родов).

Частота показателей экстрагенитальной заболеваемости регистрируется в разные годы от 16,2 до 60%. В её структуре наиболее часто выявляются анемия (2,5 – 28%), эндокринная патология (4,7 – 19,1%), болезни почек (2,2 – 15,8%) и варикозная болезнь вен (1,9 - 6,1%). Патология дыхательной, сосудистой систем и гепатопатии регистрируется, в основном, в десятых и сотых долях процента от общего числа без выраженной динамики к повышению или снижению заболеваемости.

Следует отметить достоверную тенденцию к увеличению в последние годы удельного веса анемии (18,3+-8,1%), общей эндокринной патологии (10,3+-2,2%), почечной патологии (8,9+-2,4%) и родов, осложненных кровотечением (4,0+-0,3 %). В предыдущее десятилетие эти показатели составляли в среднем, соответственно, 5,2+-2,1%; 7,8+-2,7%,и 4,1+-1,8% и 3,3+-0,3%. Выросло также число родов, завершившихся кесаревым сечением: 14,2+-3,5% в последнее десятилетие, по сравнению с предыдущим (6,8+-1,5%), что обусловлено расширением показаний к оперативному родоразрешению

Диабет и ожирение выявляются в течение исследуемых 20 лет в среднем в одинаковых соотношениях. Отмечается некоторое увеличение числа случаев варикозной болезни вен, однако эта разница недостоверна.

Динамика роста анемии лидирует среди остальных показателей в структуре экстрагенитальной патологии и может служить достоверным критерием при оценке состояния здоровья женщин. Это важно учитывать при планировании профилактической помощи.

Наряду с этим, достоверными представляются сведения о росте удельного веса гестозов за последние годы по сравнению с контрольным периодом. Мы не проводили специальных исследований корреляционных связей между гестозами и другой патологией. Однако, результаты выборочного анализа историй родов женщин с осложненной и нормально протекающей беременностью показывают значительное преобладание частоты случаев анемии, протеинурии, заболевания почек и ожирения в первой группе, по сравнению со второй.

Это свидетельствует о выраженной ассоциативной связи между гестозами и указанной патологией. В то же время не видно ассоциации между гестозами и наличием воспалительных заболеваний гениталий, гепатопатий в анамнезе и сердечно-сосудистой патологии. Эти результаты могут косвенно указывать на то, что анемия в сочетании с заболеваниями почек и ожирением является фактором, инициирующим развитие гестоза. Вероятно, хроническая гипоксия тканей при анемии усугубляет почечную дисфункцию у беременных женщин, имеющих в анамнезе те или иные заболевания мочевыделительной системы. Вслед за этим, почечная дисфункция становится базой для развития гестоза, а затем - дальнейшей нефропатии по принципу порочного круга.

При сравнительном исследовании других лабораторных показателей, косвенно отражающих функцию печени, мы отметили, что при гестозах 1–2 степени регистрируется относительная гипопротеинемия на фоне нормальных уровней общего билирубина, глюкозы и мочевины. В случаях позднего гестоза, преэклампсии и эклампсии достоверных отличий в содержании билирубина, глюкозы и мочевины также не выявлено, а частота случаев с гипопротеинемией даже меньше. Вероятно, это можно объяснить результатом метаболической коррекции и проводимого лечения в исследованных случаях.

По литературным сведениям, при гестозе 1 степени какие-либо выраженные признаки поражения печени также отсутствуют, а биохимические показатели находятся в пределах нормы или на уровне верхней границы нормы. Иногда в этой стадии выявляется легкая диспротеинемия. При гестозе 2 степени имеет место выраженная гипоальбуминемия, диспротеинемия, содержание билирубина может быть повышено до верхней границы нормы, может повышаться уровень трансаминаз, лактата, пирувата, снижаться аль-

бумин-глобулиновый коэффициент. При поздних гестозах может развиваться печеночная или печеночно-почечная недостаточность. Эти явления сопровождаются снижением уровня ПЩФ в сыворотке крови, что является дополнительным тестом в оценке фетоплацентарной недостаточности. Указанные выше заболевания и осложнения обусловливают риск тромбогеморрагических осложнений у беременных и рожениц.

На наш взгляд, перспективными могут оказаться иммунохимические исследования и других биологических жидкостей при гестозах. Так, в качестве дополнительных лабораторных тестов, можно рекомендовать определение щелочной фосфатазы и эстеразы в слюне беременных, которые обнаружены нами у половины обследованных женщин с гестозами 2 -3 степени, наряду с продуктами деградации фибриногена и повышением содержанием лактоферрина в слюне. Ранее аналогичные данные были получены при изучении слюны больных панкреатодуоденальной патологией (холециститы, холангиты, панкреатиты). Появление гидролаз и острофазовых белков в слюне при обострении указанных заболеваний и исчезновение после эффективного лечения, вероятно, можно расценивать как показатель интоксикации и печеночной дисфункции.

С помощью имунохимических методов мы обнаружили также появление в моче беременных женщин с гестозами целого ряда белковых фракций, в числе которых идентифицировали щелочную фосфатазу неплацентарного и плацентарного типов, суммарную эстеразу, продукты деградации фибриногена, иммуноглобулины классов А и G, а также альбумин, альфа-1,2, бета-1,2 и гамма-глобулины. При этом мы можем констатировать более высокую чувствительность и специфичность иммунохимических методов определения протеинурии по сравнению с обычным фотометрическим методом.

Полученные нами и литературные данные свидетельствуют о ведущей роли клинических признаков в диагностике осложнений беременности, в связи недостаточной информативностью рутинных лабораторных анализов. Это необходимо учитывать при исследованиях причин возникновения гестозов и разработке лечебно-профилактических мероприятий у беременных, где борьба с анемией и тканевой гипоксией должна проводиться в первую очередь. При этом, для своевременного выявления печеночно-почечной дисфункции в группах повышенного тромбогеморрагического риска, на наш взгляд, можно рекомендовать более информативные иммунохимические методы.

В случаях возникших тромбогеморрагических осложнений необходимо применение экспресс-методов диагностики дефектов гемостаза и их фармакологической коррекции по Е.И. Иванову и З.Ф. Федоровой (1983 г.).

Комплексное проведение лечебно - диагностических и профилактических мероприятий позволило снизить количество летальных случаев от акушерских кровотечений с тринадцати (13) в 1982 – 1991 г.г. до четырех (4) в последнее десятилетие.

Проект № 04-06-00309, поддержан грантом РГНФ, (г. Москва).

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕХАНИЗМА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТАЗОВОГО МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Татьянченко В.К., Кочановский К.А., Гаербеков А.Ш.
Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

В последние десятилетия наблюдается отчетливый неуклонный рост числа больных с миофасциальным болевым синдромом, в частности, в области тазового дна и промежности. Эффективность лечения миофасциального болевого синдрома, вызванного мышечным спазмом, путем разрушения триггерных точек колеблется от 67% до 84%. Недостаточная изученность патогенеза хронической миофасциальной боли, а также тактика ее лечения определяют актуальность проводимых исследований.

Цель исследования: изучить некоторые патогенетические механизмы формирования хронического тазового миофасциального болевого синдрома (ХТМФБС) и особенности его течения.

Материал и методы: На 30 экспериментальных животных создавали модель ХТМФБС. С целью контроля за динамикой развития тазового болевого синдрома животных наблюдали в сроки от 3-х до 60 дней с момента создания модели патологического процесса. Функциональную активность мышцы, поднимающей задний проход, определяли методом электромиографии. Внутритканевое давление в фасциально-мышечных структурах тазового дна определяли с помощью аппарата Вальдмана в мм. вод. ст. Также нами давалась оценка ПОЛ и антиоксидантной системе в крови и мышечной ткани животных и состояние гемомикроциркуляторного русла мышц тазового дна.

С целью выяснения механизмов влияния ХТМФБС на структуры центральной нервной системы использован метод регистрации соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП). Использованная нами методика позволила объективно оценить выраженность болевого синдрома, а также состояние проводящих путей боли. Результаты исследования: Установлено, что в течение 10-60 дней у животных развивается в динамике клиника ХТМФБС, в которой можно выделить 2 периода и три стадии.

Как известно, в зоне, иннервируемой компремированным нервом, обычно развивается гипералгезия, т.е. повышенная чувствительность к раздражающему стимулу. Нами были изучены болевые пороги у экспериментальных животных в разные сроки после операции. Раздражение кожи производили импульсным током через биполярный игольчатый электрод, установленный в зоне иннервации полового нерва. Болевой порог оценивался по реакции бегства и вокализации. Результатами экспериментальных исследований установлено, что у животных формируется хронический болевой синдром с локализацией в перианальной зоне, что подтверждается изменением поведения животных, отрицательной динамикой веса, прогрессивным снижением болевых порогов, а также характерными изменениями структуры ССВП. Развитие болевого синдрома начинается у животных с 8-10 суток