

Воздействие РТ и ПФТ на эмоциональную возбудимость и аффективные расстройства невротического уровня является общей характеристикой их клинического эффекта [2,10,14]. Прослеженная динамика клинико-психологических изменений свидетельствовала о постепенном исчезновении выраженных эмоциональных расстройств при ШПС, ассоциированном с АГ, а также болевого и неврологических синдромов, что могло указывать на включение антиноцицептивных механизмов на разных уровнях нервной системы. В каждой группе больных проявлялись характерные сдвиги в зависимости от исходного состояния: уменьшилась величина именно тех шкал, которые были ведущими в фоне, а конфигурация самого усредненного профиля личности практически не изменялась. Психологические исследования по тесту ММРП в сочетании с динамикой клинических исследований и болевого синдрома позволили нам выявить наиболее торпидные к РТ и ПФТ нарушения, что нацеливает к разработке патогенетически обоснованной комплексной терапии хронической боли при ШПС, сочетающейся с АГ.

Заключение. Проведенное клиническое применение методов рефлекс- и лазеропунктуры, массажа и лечебной физкультуры с учетом физиологических характеристик психической сферы, нервной, соматической систем, доказали их высокую эффективность, безопасность и возможность использования на различных стадиях заболевания в зависимости от тяжести клинико-патологического процесса. Нелекарственная коррекция является естественным, экономичным и безопасным путем снижения выраженности проявлений АГ и ШПС на начальном этапе в виде монотерапии, а при выраженном болевом синдроме в сочетании с лазеротерапией или медикаментозным лечением.

Литература

1. Астапенко М.Г., Эралис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата // М., Медицина, 1975, С. 150.
2. Астапенко М.Г. Болезни суставов // М.: Медицина, 1966. 379 с.
3. Беленков Ю.Н., Чазов И.Е. Первое российское национальное многоцентровое исследование – РОСА. Артериальная гипертензия // 2003. Т. 9, №5, С. 151–154.
4. Вознесенская Т.Г., Веин А.М. Хроническая боль и депрессия // Психиатрия и психофармакотерапия. 1999. №1. С.4–7.
5. Воробьева. О.В., Акарачкова Е.С. Роль депрессии в хронизации дорсалгии: подходы к терапевтической коррекции // Ж. Неврологии и психиатрии, №8, 2004, С. 46–50.
6. Дозрты М.Б., Дозрты Д. Клиническая диагностика болезней суставов // Минск, Тивали, 1993.
7. Кукушкин М.Л. «Неврогенная (невропатическая) боль», Медицинский вестник, №32 (339), 2005.
8. Макарова И.Н., Епифанов В.А. Аутомиокоррекция // М. «Трида-Х». 2002. С.10–30.
9. Мамедов М.Н., Оганов Р.Г. Артериальная гипертензия в клинической практике врача: современная стратегия диагностики и лечения // Ж. Качество жизни. Медицина. №3 (10), 2005, С. 10–16.
10. Михайлова А.А. Рефлексотерапия неврозов // М. Учебно-методическое пособие, 1998.
11. Оганов Р.Г. Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. 2004, №1. С. 48–54.
12. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Пересылко М.К. Принципы и цели длительной антигипертензивной терапии при гипертонической болезни // Кардиология. 1999. №9. С. 80–90.
13. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. // М., Берег, 2000.
14. Табеева Г.Р. Фибромиалгия // Consilium medicum, 2000. Т. 2. №12. С. 506–508.
15. Хитров Н.А. Лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов у больных с патологией внутренних органов в условиях поликлиники. // М., 2001, автореферат, докт. дисс.

16. Храмов Ю.А. Хронобиологические аспекты лечения артериальной гипертензии на курортах Сибири // Автореферат дисс.... докт. мед. наук. Новосибирск, 1986. С. 46.

17. Цурко В.В. с соавт. Остеоартроз, // Ж., Терапевтический архив. 2000. Т.72. №5. С. 62–66.

18. Appels A. Depression and coronary heart diseases: observations and questions. J. Psychosom. Res, 1997, 43 (5): 443–452.

EHABILITATION AT PATIENTS WITH CERVICOBACHIAL SYNDROME COMBINED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

N.P. FIRSOVA, A.A. MIKHAILOVA, A.A. POSPELOVA

Sergiev Posad Municipal Hospital, Moscow Region,
Moscow Medical Academy after I.M. Sechenov,
Chair of Non-Medicinal Methods of Treatment and Clinical Physiology

The article presents the results of estimating complex non-medicamentous treatment of 56 persons, combined with arterial hypertension (pre-hypertension and hypertension of the 1st stage). High-tech methods of laser and magnetic and infra-red puncture were applied. 2 groups of the patients receiving complex treatment were compared by technique types and treatment efficiency. Massage, therapeutic physical training, reflex therapy and point laser puncture were applied in group 1. Therapeutic physical training, massage, allopathic preparations were applied in group 2. The efficiency of treating such diseases on clinical supervision has been studied by the data of clinical observations, clinical and functional researches, the results of the McGill's pain inquirer and the data of MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) test.

Key words: reflex therapy, cervicobrachial syndrome, an arterial hypertension, a chronic pain, arterial pressure, psycho pharmacotherapy, not-steroid anti-inflammatory preparations.

УДК 616.71-007.234

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕЛАТОМ СТРОНЦИЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Е.А. БЕЛЯЕВА*

Особенности целевых групп для лечения остеопороза диктуют общие подходы к фармакотерапии, среди которых важнейшими являются индивидуализация назначений, использование препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью во всех возрастных группах, преимущественное использование пероральных лекарств с простым режимом дозирования. Выбор стронция ранелата (Бивалоса) был обусловлен включением его в 2009 году в ряд препаратов первой линии для патогенетической терапии остеопороза. Он является единственным уникальным препаратом, способным разнонаправленно воздействовать на процессы костного ремоделирования и восстанавливать костный метаболизм в пользу формирования костной ткани.

Ключевые слова: ранелат стронция, стимуляция остеобластов, безопасность.

Основная целевая группа для лечения остеопороза (ОП) – лица пожилого и старческого возраста преимущественно женского пола. Эта группа крайне неоднородна по соматическому и психологическому статусу. Возрастные и половые особенности важны для выбора средств терапии, так как терапия ОП является длительной до 3-5 и более лет. При терапии ОП необходимо учитывать особенности возрастных реакций на препарат, фармакодинамики и фармакокинетики [2]. Изменения во всасывании, распределении и метаболизме лекарственных средств связаны с возрастными нарушениями органов и систем (ЖКТ, почек и др.). В частности, в пожилом возрасте возможно развитие атрофического гастрита, повышение pH в желудке, изменения моторной функции желудка, следствием чего является замедление опорожнения желудка и нарушение всасывания. Это приводит к снижению биодоступности лекарственных средств. Также с увеличением возраста изменяется функция печени, вследствие снижения кровотока уменьшается синтетическая функция (снижение продукции альбуминов) и снижение активности ферментных систем, в частности системы цитохрома Р-450. Уменьшение альбуминов в крови влияет на связывание лекарственных препаратов с белками. Активность метаболизирующих ферментов связана с биотрансформацией лекарственных препаратов, при снижении активности ферментов происходит на-

* г. Тула, кафедра внутренних болезней медицинского института ТулГУ

рушение процессов активации и дезактивации, реакций конъюгации, что повышает риск побочных эффектов терапии. Также в пожилом возрасте нарушаются процессы выведения лекарственных препаратов через почки, что может приводить к неравномерному повышению концентрации препаратов в крови. Скорость кровотока в почках у большинства пожилых лиц снижена на 30-40%. В возрасте старше 65 лет уменьшается клубочковая фильтрация на 30% за счет снижения количества функционирующих клубочков.

Важной особенностью фармакотерапии пожилых пациентов является оправданная полипрагмазия вследствие наличия сочетанной патологии сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, нервной систем, суставов, ЖКТ и др. Сочетание множества лекарственных препаратов изменяют фармакодинамику, фармакокинетику и фармакологические эффекты каждого из них. Это может приводить к увеличению токсических эффектов препаратов и уменьшать их эффективность. У больных с ОП прогностически особенно важно наличие нарушений координационных и двигательных функций которые могут усугубляться гипотензивными препаратами (постуральная гипотензия), снотворными и антидепрессантами.

Особенности целевых групп для лечения ОП диктуют общие подходы к фармакотерапии, среди которых важнейшими являются индивидуализация назначений, использование препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью во всех возрастных группах, преимущественное использование пероральных лекарств с простым режимом дозирования (для исключения случайной передозировки) и малой (1-2 раза в день) кратностью приема, максимальное уменьшение одновременно назначаемых средств. Необходима регулярная коррекция терапии. Еще одной важной особенностью терапии ОП является то, что пациенты принимают препарат в амбулаторных условиях и контроль за приемом лекарственного препарата затруднен. В этой связи очень важным моментом является создание мотивации для лечения, которая происходит из осведомленности больного о характере заболевания, осложнениях и возможностях фармакотерапии по предотвращению их и сохранению физической активности и привычного качества жизни.

Фармакотерапия ОП является сложной задачей в связи с необходимостью учитывать применение лекарственных препаратов по поводу коморбидной патологии, подбора оптимального режима дозирования и необходимостью регулярного контроля для своевременной замены препарата.

Выбор стронция ранелата (Бивалоса) был обусловлен включением его в 2009 г. в разряд препаратов первой линии для патогенетической терапии ОП. Он является единственным уникальным препаратом, способным разнонаправленно воздействовать на процессы костного ремоделирования и восстанавливать костный метаболизм в пользу формирования костной ткани. Бивалос состоит из двух атомов стабильного стронция, соединенного с органической частью – ранеловой кислотой [1].

Двойной эффект Бивалоса обусловлен стимулированием репликации остеобластов и снижением дифференциации, активности и выживаемости остеокластов. Доказательства двойного действия Бивалоса получены в исследованиях *in vitro* и *in vivo*, в которых показано стимулирующее действие на остеобласты и ингибирующее действие на остеокласты. Бивалос оказывает положительное действие за счет 2 доказанных механизмов: повышение пролиферации остеобластов, частично обусловленное взаимодействием с кальций-чувствительными рецепторами, при этом существует вероятность участия в этом процессе и других рецепторов, чувствительных к катионам. Другой механизм обусловлен влиянием на систему: активаторы рецептора ядерного фактора каппа В (RANC)/(RANC-L)/остеопротегерин, которое достигается увеличением экспрессии остеопротегерина на остеобластах при снижении экспрессии RANC-L. Именно RANC-лиганд, секретируемый остеобластами, регулирует активность остеокластов через RANC (рецептор активатора фактора транскрипции κB), который экспрессируется на остеокластах [3].

Материалы и методы исследования. В исследование включены 106 пациенток с постменопаузальным ОП и вертебральными и невертебральными переломами. Критериями включения в исследование были возраст старше 50 лет, наличие менопаузы и одного или нескольких низкоэнергетических переломов. Критерии исключения: тромбозы и тромбозы в анамнезе, гипермоторная дискинезия кишечника, прием ГКС. Распределение по возраст-

ным группам: 51-60 лет – 33 женщины; 61-70 лет – 46 женщин; старше 70 – 27 женщин (рис. 1)

Все пациентки получали ранелат стронция раз в день в дозе 2 г. в сутки. Лекарственная форма – саше для растворения в воде. Кратность приема – один раз в сутки, что является оптимальным для пациентов пожилого и старческого возраста. Дополнительно назначался кальций 1000 мг и витамин Д3 в дозе 400-800 МЕ. Характеристика пациенток приведена в табл. 1.

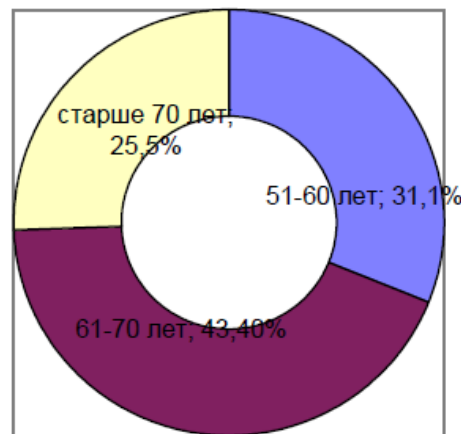


Рис. 1 Распределение пациентов по возрастным группам

Таблица 1

Характеристика пациенток, леченных стронция ранелатом

Возраст	64±16,8 лет
Длительность менопаузы	23±14,5 лет
ОП+ ССЗ (n,%)	43 (40,5)
ОП+ОА (n,%)	21 (19,8)
ОП+ССЗ+ОА (n,%)	26 (24,5)
ОП+БЛЗ+ОА (n,%)	7 (6,7)
ОП+БЛЗ (n,%)	9 (8,5)
Боль в спине (n,%)	61 (57)
Уменьшение роста более 2-ух см (n,%)	52 (49)
Период наблюдения 12 мес. (n,%)	68 (64)
Период наблюдения 24 мес. (n,%)	38 (36)

Исследование продолжалось на протяжении 4 лет. Пациентки, получавшие терапию в разные годы были, отнесены к двум группам с продолжительностью лечения 12 и 24 месяца.

Все пациентки соответствовали диагностическим критериям ОП по данным ДРА. Пациенткам с гипокальциемией до начала лечения была проведена коррекция минерального обмена. Пациентов с нарушением минерального обмена было не более 12%, что соответствует общей тенденции отсутствия минеральных нарушений при постменопаузальном ОП.

На протяжении всего периода лечения стронция ранелатом уровень Са, Р, ЩФ контролировался 1 раз в 3 мес., признаков гипокальциемии за время терапии не было выявлено ни у одной пациентки. Уровень ионизированного кальция в большинстве случаев соответствовал общему кальцию сыворотки крови. Нормативы показателей по данным лаборатории отражены в табл. 2.

Таблица 2

Нормативы показателей минерального обмена

Показатель	Лабораторная норма
Са общ. (ммоль/л)	2,15 – 2,5
Са иониз. (ммоль/л)	1,15-1,27
Р (ммоль/л)	0,65-1,29
ОЩФ (ед/л)	<240

Динамика уровня общей ЩФ была неравномерной, отмечалось некоторое ее повышение к третьему и шестому месяцу, однако четких закономерностей и статистически значимых различий выявлено не было. Показатели фосфора сыворотки крови на всем протяжении лечения не претерпевали изменений (табл. 3,4).

Переносимость лечения оценивалась по наличию *нежелательных явлений* (НЯ) на фоне приема препарата (рис.2).

В первые 12 мес. лечения частота нежелательных явлений была более выражена. Отмена лечения состоялась в одном случае на втором году лечения в связи с развитием тромбофлебита поверхностных вен голени у пациентки 79 лет (0,9%) и в 4 случаях на первом году терапии в связи с диареей (3,7%). Среди определенных НЯ на первом месте по частоте возникновения была диспепсия, которая носила нетяжелый характер и не потребовала отмены препарата. Головная боль и тромбофлебит могут быть отнесены к вероятным, а не определенным НЯ. Общей тенденцией являлось уменьшение НЯ ко второму году лечения. Среди пациенток всех возрастных групп переносимость препарата была оценена как хорошая в 46% и отличная в 51% (рис. 3). Это способствовало высокой приверженности лечению, так как комфорт при применении лекарственного препарата является одним из основных мотивационных факторов продолжения длительной лекарственной терапии.

Закончили лечение в течение 12 мес. – 55 пациенток (9 человек прекратили прием препарата по материальным соображениям) и в течение 24 мес. – 28 пациентки (одна умерла, 8 пациенток не смогли покупать препарат).

Таблица 3

Показатели минерального обмена в группе лечения 12 мес.

	До лечения	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес.
Са общ. (ммоль/л)	2,21±0,06	2,23±0,04	2,22±0,04	2,24±0,02	2,23±0,06
Са иониз. (ммоль/л)	1,14±0,02	1,16±0,02	1,15±0,04	1,18±0,06	1,16±0,02
Р (ммоль/л)	1,01±0,05	1,02±0,06	0,9±0,04	0,9±0,08	0,9±0,09
ОЩФ (ед./л)	176,4±16,62	188±14,22	215±18,60	218±14,46	218±16,32

Таблица 4

Показатели минерального обмена в группе лечения 24 мес.

	До лечения	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес.	15 мес.	18 мес.	21 мес.	24 мес.
Са общ. (ммоль/л)	2,21±0,06	2,23±0,06	2,27±0,06	2,23±0,06	2,28±0,06	2,25±0,06	2,26±0,06	2,28±0,06	2,26±0,06
Са иониз. (ммоль/л)	1,14±0,02	1,16±0,01	1,16±0,04	1,14±0,07	1,18±0,02	1,16±0,01	1,15±0,04	1,18±0,01	1,16±0,02
Р (ммоль/л)	1,01±0,05	1,02±0,04	0,9±0,08	1,01±0,02	1,02±0,06	1,03±0,04	1,01±0,04	1,02±0,12	1,02±0,08
ОЩФ (ед.)	176,4±16,6	188±18,4	208±18,6	210±14,2	210±16,2	212±12,8	221±10,6	219±13,6	226±10,2

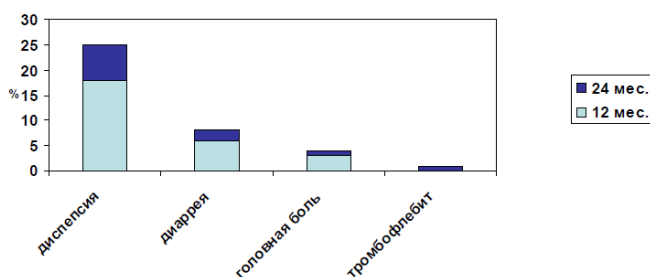


Рис. 2. Характеристика НЯ при приеме стронция ранелата

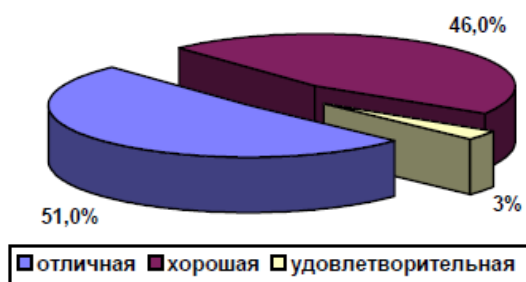


Рис. 3. Переносимость стронция ранелата

Многие пациенты имели коморбидную патологию (АГ, ИБС, БА) требующую постоянного приема лекарственных препаратов. На фоне лечения ранелатом стронция не потребовалось коррекции доз

антиангинальных и гипотензивных препаратов и бронхолитических средств. Не отмечено проявлений типичных аллергических реакций при продолжительности лечения до 24 месяцев.

Новые переломы в течение года зарегистрированы у 2 пациенток (1,8%): перелом лодыжки у больной с гонартрозом и перелом ребра у больной с БА. За время наблюдения не отмечено увеличение количества пациентов со снижением роста более 2 см и на 22,4% уменьшилось число пациенток с болью в спине, что, вероятно связано, с увеличением физической активности и занятиями лечебной физкультурой, так как усиления анальгетической терапии не проводилось (рис. 4).

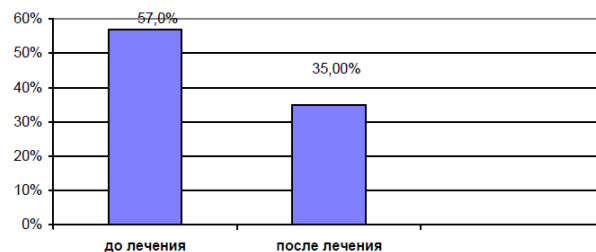


Рис. 4. Соотношение пациентов с болью в спине через 12 мес. лечения ранелатом стронция

Полученные данные согласуются с результатами исследований SOTI и TROPIS, где впервые уменьшение болей в спине у больных с сочетанием спондилоартроза и остеопороза было отмечено при 3 летнем применении стронция ранелата для лечения остеопороза. Однако патогенетические механизмы данного влияния не изучались и требуют дальнейшего уточнения.

По данным экспериментов МПК и костная масса коррелируют с прочностью костной ткани, об этом же свидетельствуют и эпидемиологические исследования. Самым точным и воспроизводимым исследованием МПК в настоящее время является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия.

Прирост МПК оценивался на основании результатов ДРА через 12 и 24 месяца. Пересчет в связи с отличающейся молекулярной массой кальция и стронция не проводился.

Среди всех пролеченных пациентов оценивалась динамика Т-счета в зоне поясничных позвонков и в зоне шейки бедра (табл. 5).

Таблица 5

Динамика МПК после лечения стронция ранелатом в объединенной группе

Т-счет	L1-L4	Neck
До лечения	-2,69±0,18	-2,28±0,16
После лечения	-1,95±0,14	-2,0±0,11

Эквивалентом массы костной ткани служит минеральная плотность костной ткани (МПК). Известно, что повышение МПК в шейке бедра на 1% снижает риск развития бессимптомного перелома позвонков на 3%, а клинически выраженного на 5% через 3 года лечения.

Заключение. Прирост МПК отмечался во всех возрастных группах пациентов во всех зонах измерения на 1,9-6,7% в течение 12 мес. и на 4,2-11,6% в течение 24 мес. Наибольший прирост МПК регистрировался в возрастной группе до 60 лет (рис. 5,6). У пациенток старше 70 лет также отмечалось нарастание МПК, в том числе в зоне шейки бедра в интервале 1,8-4,2% (табл.6,7).

Таблица 6

Средние значения МПК в зоне L1-L4 по данным денситометрии

Возрастная группа	До лечения	Через 12 мес.	Через 24 мес.
51- 60 лет	0,760±0,12	810±0,10	845±0,14
61-70 лет	0,742±0,18	776±0,21	813±0,18
Старше 70 лет	0,726±0,21	748±0,18	784±0,16

Таблица 7

Средние значения МПК в зоне Neck по данным денситометрии

Возрастная группа	До лечения	Через 12 мес.	Через 24 мес.
51- 60 лет	0,692±0,16	713±0,13	732±0,10
61-70 лет	0,684±0,14	702±0,16	717±0,15
Старше 70 лет	0,669±0,12	682±0,16	698±0,14

Наглядно динамика МПК продемонстрирована на рис. 5,6.

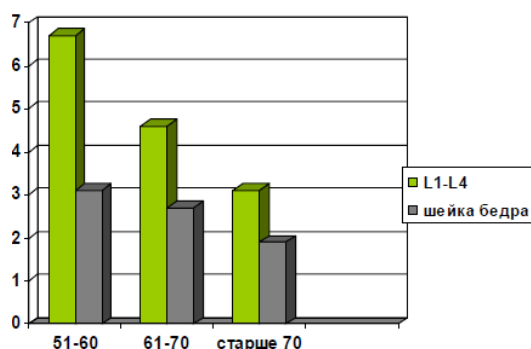


Рис. 5. Динамика МПК через 12 мес.

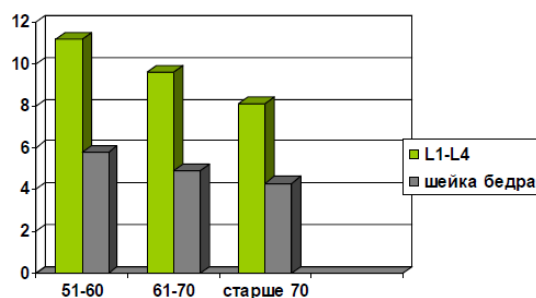


Рис. 6. Динамика МПК через 24 мес.

Литература

1. Беневоленская Л.И. Бивалос (стронция ранелат) – новое поколение препаратов в лечении остеопороза // Научно-практическая ревматология, 2007. № 1. С. 75–77.
2. Остеопороз / под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 272 с.
3. Скрипникова И.А. Эффективность Бивалоса (стронция ранелата) в снижении риска остеопоротических переломов у женщин постменопаузального периода // Научно-практическая ревматология, 2006. № 2. С. 31–36.

SAFETY AND EFFICIENCY OF TREATMENT WITH STRONTIUM RANELATE OF FEMALE PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS

YE.A. BELYAEVA

Tula State University, Chair of Internal Diseases

Peculiarities of target groups for osteoporosis treatment impose general approaches to drug therapy. The most important of these approaches are prescription individualization, peroral medicines with proved efficiency and safety for all age groups, prior use of peroral drugs with simple dosage methods. The choice of strontium ranelate (Bivalos) is explained by the fact that in 2009 it was included into the list of first-line drugs for pathogenetic osteoporosis treatment. It is the only medicine which can influence osseous remodeling processes in various directions and restore osseous metabolism for bone tissue formation.

Key words: strontium ranelate, osteoblast stimulation, safety.

УДК 618.145-002-022-097-06: 618.39

ИММУННО-ЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПРОЦЕССЫ КЛЕТОЧНОГО ОБНОВЛЕНИЯ В ЭНДОМЕТРИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Е.Е. ВОРОПАЕВА, Е.Л. КАЗАЧКОВ, Э.А. КАЗАЧКОВА*

Изучены особенности медико-социального портрета и состояния репродуктивного здоровья, а также морфофункциональных и моле-

кулярно-биологических особенностей эндометрия у пациенток с синдромом первичной (I группа, 56 человек) и привычной (II группа, 26 женщин) потери беременности ранних сроков инфекционно-воспалительного генеза. Установлено, что пациентки II группы чаще живут и работают в неблагоприятных экологических условиях, имеют незарегистрированный брак, хроническую соматическую патологию и инфекционно-воспалительные заболевания половых органов. У женщин обеих групп в 100% случаев регистрируется хронический эндометрит, преимущественно, уреаплазменно-микоплазменной и вирусной, а в 57% – смешанной этиологии. При этом у пациенток II группы достоверно более выражены явления фиброза и атрофии стромы эндометрия, повреждение рецепторного аппарата, угнетение тканевых протективных иммунных реакций. **Ключевые слова:** иммунно-эндокринные взаимодействия, клеточное обновление, соматическая патология

В связи с сохраняющимися негативными демографическими тенденциями охрана репродуктивного здоровья населения становится важнейшим направлением государственной политики, что подтверждается принятием «Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года».

Одной из главных составляющих репродуктивных потерь является невынашивание беременности (НБ). Около 80% самопроизвольных выкидышей (СВ) происходит до 12 недель беременности. Частота привычных ранних потерь беременности в популяции достигает 3-5%. Риск потери желанной беременности возрастает с увеличением числа неудач и достигает 25% после 2 предшествующих СВ и 30-45% – после 3 самопроизвольных прерываний [1-4].

НБ влечет за собой не только снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщины [5].

Ведущими в генезе НБ среди большого количества экзо- и эндогенных причин являются инфекционно-воспалительные заболевания эндометрия, а своевременное квалифицированное морфологическое исследование слизистой оболочки матки имеет решающее значение для выяснения механизмов развития НБ и восстановления возможных нарушений репродуктивного здоровья [6,7].

Цель исследования – изучение особенностей медико-социального портрета и состояния репродуктивного здоровья, а также морфофункциональных и молекулярно-биологических особенностей эндометрия у пациенток с синдромом первичной и привычной потери беременности ранних сроков инфекционно-воспалительного генеза.

Материал и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование 82 пациенток репродуктивного возраста, страдающих НБ ранних сроков инфекционно-воспалительного генеза. I группу составили 56 женщин, имеющих один СВ на сроке беременности до 12 недель инфекционно-воспалительного генеза. Во II группу вошли 26 пациенток с двумя и более СВ на сроке беременности до 12 недель инфекционно-воспалительного генеза.

Критериями исключения явились другие причины НБ, прием гормональных препаратов в течение последних двух месяцев перед исследованием.

Все женщины дали информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование пациенток проводили по единой схеме, включающей анализ жалоб, анамнеза, общепринятые клинические и лабораторные, а также специальные методы исследования. Последние включали комплекс методов диагностики генитальной инфекции (ИФА, ПЦР, микроскопия, культуральный метод), методы оценки функционального статуса репродуктивной системы, расширенную кольпоскопию, УЗИ органов малого таза, морфологические методы исследования эндометрия, полученного путем пайпель-биопсии на 20-22 день менструального цикла через 3-4 месяца после СВ.

Гистологическое изучение парафиновых срезов эндометрия проводили при окраске материала гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону и метиловым зеленым-пиронином по Браше. Для объективного суждения о степени выраженности хронического эндометрита (ХЭ) применяли полуколичественный метод оценки интенсивности лимфоцитарной инфильтрации, плазматизации и фибротизации стромы эндометрия в биопсийном материале, разработанный Э.А. Казачковой [8] и в дальнейшем нами модифицированный для анализа степени активности воспаления [9].

* Кафедра акушерства и гинекологии № 1, кафедра патологической анатомии с секционным курсом ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава». 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. тел. (351) 232-73-71, 232-73-69, 232-73-45. E-mail: kanc@vita.chel.su