

Сидоренко М.М., Ромашко Е.Ю., Матюшкина Л.С., Попова Е.С.
ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Клинический родильный дом № 3, Владивосток*

Цель: определение дифференцированного подхода к выбору метода лечения и профилактики при артериальной гипотонии беременных женщин.

В период с 2003 по 2004 год в клиническом родильном доме №3 г. Владивостока под нашим наблюдением находилось 130 беременных женщин с артериальной гипотензией. Для проведения исследований использовали общеклинические, акушерские методы исследования, а также тетраполярную реографию, ультразвуковое исследование, кардиотокографию.

У 50 беременных женщин с клинически выраженной артериальной гипотонией применяли нормобарическую гипокситерапию (НБГТ), которая способствовала неспецифической стимуляции организма. Метод позволяет снизить перинатальную смертность, повысить компенсаторные возможности организма при гипоксии, увеличить рост капилляров.

В группе женщин (50), где проводились профилактические

воздействия, у 84% достигнуты увеличение цифр артериального давления до нормотонии и достоверное улучшение оценок биофизического профиля плода. Уменьшение патологических симптомов гипотонии, как правило, сопровождалось уменьшением патологической амплитуды базовых функций Ф5, Ф3 на маточных сегментах, что было выявлено на повторных исследованиях методом КД.

Изучая гистоморфологическую структуру плаценты при воздействии НБГТ, констатировали не резко выраженное полнокровие, расширение межворсинчатых пространств. Строма ворсин выглядела более плотной, с наличием профилирующих соединительнотканых клеток.

Таким образом, нормобарическая гипокситерапия, применяемая при беременности, осложненной артериальной гипотонией, обусловила становление адаптивных реакций и улучшение функционального состояния материнского организма и внутриутробного плода.

**Силаев А.А., Маркелова Е.В., Андреев Д.Б., Турмова Е.П., Волков В.В.,
Майстровский К.В., Новиков А.Ю.**

**ИММУНОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

*Приморский филиал НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Владивосток,
Владивостокский государственный медицинский университет*

Цель: определить роль иммунных нарушений в патогенезе возникновения инфекционных осложнений после операции аортокоронарного шунтирования.

Материалы и методы: иммунный статус исследовали у 51 больного до и после проведения аортокоронарного шунтирования (АКШ). Пациенты были разделены на две группы: 1 группа (n 23) — без инфекционных осложнений — 45,5%, 2-я группа (n 28) с инфекционно-воспалительной патологией — 54,5%. В ходе исследования оценивались показатели клеточного и гуморального звена иммунитета. В частности исследовался уровень, CD3, CD4, CD8, CD16, CD 22, CD25, CD54, CD95, IgG, IgM, Ig A.

Результаты: Нами выявлен дисбаланс в работе гуморального звена, проявляющийся в снижении IgG, на фоне увеличения В-лимфоцитов. При ретроспективном анализе иммунного статуса у больных с гнойно-септическими осложнениями до операции отмечены наиболее выраженные изменения в работе клеточного и гуморального звеньев иммунитета, заключающиеся: в снижении абсолютного количества лимфоцитов, CD3, CD4 — клеток, в более выраженном снижении ИРИ и уровня Ig G, при сравнении с группой без осложнений. Наше исследование показало, что в случае развития осложнений, восстановления клеточного состава иммунной системы не происходит, при этом, наоборот усугуб-

ляется напряжение иммунной системы, что проявляется в увеличении уровня натуральных киллеров, клеток с рецепторами к активационным молекулам. Увеличение клеток с рецептором к молекуле апоптоза объясняет более значительное уменьшение Т-хелперов у пациентов с осложнениями, в результате вероятного ухода клеток в апоптоз. Продолжающийся дисбаланс в работе гуморального звена иммунитета у больных с осложнениями ведет к нарушению элиминации патогена из организма.

Выводы: 1. У пациентов 1-й группы до операции выявляется напряжение иммунной системы, характеризующееся: увеличением абсолютного количества различных видов лимфоцитов, снижением фагоцитарного резерва нейтрофилов, дисбалансом в работе гуморального иммунитета, снижением функциональной активности В-клеток.

2. В послеоперационном периоде работа иммунной системы у пациентов 1-й группы нормализуется.

3. Вот 2-й группе больных выявлен комбинированный тип нарушений иммунной системы, усугубляющихся в послеоперационном периоде.

4. Нарушения иммунного статуса у кардиохирургических пациентов определяют необходимость профилактического назначения иммуностропной терапии.

Скляр Л.Ф.

**КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПЕГИНТЕРФЕРОМ АЛЬФА-2В
РИБАВИРИНОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ
С РАЗЛИЧНЫМИ ГЕНОТИПАМИ**

Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: изучение эффективности и переносимости комбинированной терапии пегинтерфероном α -2b и рибавирином в индивидуально подобранных дозах (с учетом массы тела) у больных ХГС с различными генотипами.

Методы: в исследование были включены 12 больных ХГС, наблюдавшихся в медицинском центре «Асклепий» с 2002 по 2005 г. Лечение назначали при наличии HCV RNA в сыворотке крови и желатина больного, независимо от биохимической и гистологической активности воспалительного процесса и степени фиброза печени. Критериями исключения были употребление алкоголя и наркотиков, судорожный синдром в анамнезе, заболевания сердечно-сосудистой системы, крови и почек, сахарный диабет, тиреоидная дисфункция, аутоиммунные заболевания, беременность, декомпенсированный цирроз печени, сопутствующие HBV- и HIV-инфекции. Проводили общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови, включая определение маркеров HCV и HBV, свободного тироксина, тиреотропного гормона и антител к тиреопероксидазе, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и щитовидной железы, ЭКГ. Морфологическое исследование биоптатов печени было выполнено у 10 больных с определением индекса гистологической активности (ИГА) по шкале Knodell. Перед началом лечения у всех 12 больных определяли HCV RNA в сыворотке

крови и генотипы HCV. Всем больным назначался пегинтерферон α -2b (ПегИнтерон, «Schering-Plough») в дозе 1,5 мкг/кг один раз в неделю подкожно и рибавирин (Ребетол, «Schering-Plough») в дозе 10,6 мг/кг сут. (больным с массой тела менее 65 кг — 800 мг, 65-85 кг — 1000 мг, 85 кг и более — 1200 мг). У 5 больных терапию планировалось продолжать в течение 48 недель (1 генотип HCV), а у 7 больных (2 и 3 генотипы HCV) — в течение 24 недель (в соответствии с рекомендациями Национального института здоровья. Общий и биохимический анализы крови в первые 2 месяца лечения выполняли каждые 2 недели, а затем каждые 4 недели. Эффективность лечения оценивали у всех больных, включенных в исследование. Критериями стойкого ответа служили нормальный уровень трансаминаз и отрицательный результат теста на HCV RNA в сыворотке крови через 6 мес. после завершения лечения. При анализе результатов исследования применяли методы описательной статистики (определение средних значений и стандартного отклонения), монофакторный анализ с использованием корреляционного анализа по Spearman, регрессионного анализа. Значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты: среди обследованных было 7 мужчин и 5 женщин в возрасте от 19 до 42 лет (в среднем 28 ± 7 лет). Средняя масса тела составила $73 \pm 11,5$ кг (от 53 до 100). Предполагаемая давность инфицирования, которую определяли от момента появ-