

УДК: 618.12-002-097:615.37

В.П. ГАВРИЛЮК, М.Г. ГАЗАЗЯН, А.А. КОНОПЛЯ, С.В. ПЕТРОВ*

Материалы и методы. Клинические исследования вели на базе МУЗ «Городской родильный дом» г. Курска с 2002 по 2004 гг. В анализируемую группу, состоящую из 32 человек на основании осознанного информированного согласия пациентов, включались больные с диагнозом обострение ХСО. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного, лабораторного исследования и лечебно-диагностической лапароскопии. Пациентки были разделены на 2 рандомизированных по возрасту, прогнозируемой тяжести заболевания и проводимому лечению группы. В 1-ю группу включены больные с клиническими и лапароскопическими признаками ХСО, наряду с эндоскопической коррекцией, получавшие в послеоперационном периоде традиционное лечение, включающее назначение антибиотиков, анальгетиков, зубиотиков, трихопола. Во 2-ю группу включены больные с ХСО, которым в послеоперационном периоде совместно с традиционной терапией в схему лечения был включен ридостин (по 8 мг внутримышечно 4 раза с интервалом 24 часа). Лабораторные методы исследования крови велись по общепринятым методикам [6]. Содержание *IgG*, *IgA*, *IgM*, а также C_3 , C_4 -компонентов комплемента определяли в плазме крови методом радиальной иммунодиффузии по Манчини, используя диагностический набор ООО НПЦ «Медицинская иммунология» (г. Москва). Количественная оценка ФНО α , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-1 β проводилась с помощью набора реагентов *ProCon* (ООО «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург) методом твердофазного иммуноферментного анализа. Фагоцитарную активность нейтрофилов крови и осадка перитонеальной жидкости оценивали по проценту фагоцитоза, фагоцитарному числу и индексу активности фагоцитоза [5]. Кислородозависимую активность нейтрофилов определяли по реакции восстановления нитросинего тетразолия [2]. Степень иммунных расстройств для иммунологических показателей рассчитывали по формуле Земскова А.М. и соавт. [3]. Статобработку результатов вели по программам «Statgraphics», «Microsoft Excel» и «Biostat», используя непараметрические методы: критерии Вилкоксона, Крускала – Уоллиса, Фридмана и непараметрический вариант критерия Ньюмена – Кейлса, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимыми считали различия с $p < 0.05$.

* Курский государственный медицинский университет



1. *Гертнер Л.В.* Клинико-иммунологическая эффективность ронколейкина и дерината в лечении больных урогенитальной герпесвирусной инфекцией в сочетании с хламидиозом: Дис. ... канд. мед. наук.– Курск, 2004.– 143 с.
2. *Гранитов В.М.* Герпесвирусная инфекция.– М., Н. Новгород, 2001.– 88 с.
3. *Земсков А.М., Земсков В.М.* // Клинич. и лаб. диагностика.– 1994.– №5.– С. 91-98.
4. *Земсков А.М.* // Лаб. дело.– 1986.– №9.– С. 544–546.
5. *Караулов А.В.* Клиническая иммунология: учеб. для студентов медицинских вузов.– М.: Медицинское информационное агентство, 1999.– 604 с.

иммунокорректирующей терапии. Тяжесть состояния больных ХСО оценивали при помощи шкалы, разработанной на кафедре акушерства и гинекологии Курского госмедуниверситета.

Таблица 1

Шкала оценки тяжести состояния больных ХСО

Критерий	ДК	Т
ХГТ		
- проходимы	9	324
- частично проходимы	1	1
- непроходимы	-13	481
Сумма		806
ЗППП		
- нет	7	165
- бактерии или вирусы	4	36
- бактерии и вирусы	-8	260
Сумма		461
Рецидивы обострений		
- нет	8	256
- раз в 1/2 года	-2	19
- чаще, чем раз в 1/2 года	-5	0
Сумма		275
Мазки		
- норма	8	208
- умеренные изменения	-2	18
- выраженные изменения	-7	0
Сумма		226
Базальная температура		
- норма	7	165
- изменения раз в 2-3 месяца	-1	7
- изменения ежемесячно	-5	0
Сумма		172
Боль		
- нет	3	36
- раз в 2-3 месяца	-2	0
- ежемесячно	-7	63
Сумма		99
Бели		
- нет	4	28
- в 2-3 месяца	1	10
- ежемесячно	-5	0
Сумма		38
Альгодисменарей		
- нет	1	10
- в 2-3 месяца	-2	19
- ежемесячно	-5	0
Сумма		29

Она создана при помощи метода последовательной диагностической процедуры, основанной на методике секвенциального анализа А. Вальда. На основании ретроспективного анализа построена диагностическая таблица, выделяющая наиболее информативные критерии для оценки выраженности клинической симптоматики, разделяя лица с выраженной, умеренно выраженной и невыраженной клинической картиной. Клинические симптомы, расчетные величины диагностических коэффициентов и информативности каждого из признаков приведены в табл. 1.

Таблица 2

Тяжесть состояния больных ХСО на фоне лечения

Схемы лечения	Течение заболевания (% больных)	
	легкое течение	средней степени тяжести
До лечения	32,3	67,7
Традиционное лечение	50,0	50,0
Традиционное лечение + ридостин	90,0	10,0

Если пациентка достигала по сумме диагностических коэффициентов значения +15, ее относили в группу с легким состоянием, если -15, то - к группе с выраженной клинической симптоматикой, все промежуточные значения - к группе с умеренной клинической картиной. При оценке поступающих больных по этой шкале оказалось, что у 36% было легкое клиническое течение заболевания, у 24% - средней степени выраженности и у 40% - тяжелое. В исследование лица с явной клинической симптоматикой не включались. До лечения у 67,7% лиц была ср. степени выраженности клиническая симптоматика, остальные имели незначительные проявления (табл. 2).

После традиционного лечения больных ХСО нормализуется содержание CD4 и CD25-лимфоцитов, снижается количество цитотоксических Т-клеток и концентрация IgG и повышается содержание NK-клеток, но не до уровня здоровых доноров, тогда как содержание клеток-индукторов апоптоза остается неизмен-

ным. При этом еще больше повышается концентрация IgA по сравнению с показателями до лечения. Применение традиционной терапии у таких больных выявило рост показателей фагоцитарной (фагоцитарный индекс и индекс активности фагоцитов, но не до контрольных значений; значительно повышается фагоцитарное число, превышая значения у здоровых доноров) и кислородозависимой активности нейтрофилов. На фоне традиционной терапии пациентов с признаками воспаления происходит незначительная коррекция концентрации ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, МДА и C₃ компонента комплемента, а концентрация ИЛ-4, C₄ компонента остается без изменений. Рейтинговый алгоритм показателей иммунологического статуса у больных ХСО после традиционного лечения со 2-3 степенью иммунных расстройств включает 13 из 22 показателей, что говорит о слабой иммунологической эффективности традиционной схемы лечения пациенток с ХСО.

Применение у больных ХСО ридостина приводит к тому, что из показателей Т- и В-звена иммунитета не нормализуется лишь количество CD95 лимфоцитов. При оценке влияния данной схемы на нейтрофильное звено иммунитета установлено, что ридостин корректирует практически до контрольных значений фагоцитарный индекс, что нормализует индекс активности фагоцитов, не влияя на показатели кислородозависимой активности нейтрофилов периферической крови. Еще больше падает концентрация ФНО α , ИЛ-6 и C₄ компонента комплемента, не влияя на содержание C₃ компонента, нормализуется уровень ИЛ-1 β и резко растет концентрация ИЛ-4. Рейтинговый алгоритм показателей иммунологического статуса у больных ХСО после традиционного лечения с деринатом и токоферолом, со 2-3 степенью иммунных расстройств включает 7 из 22 показателей.

Результаты клинической эффективности обеих схем лечения аналогичны итогам, полученным при исследовании иммунного статуса. Традиционная схема лечения мало эффективна по сравнению с применением ридостина, после использования которого, число лиц, имеющих по предложенной шкале среднюю степень выраженности симптомов, снизилось до 10% (табл. 2).

Проведенные исследования свидетельствуют о значительных нарушениях иммунного и цитокинового статусов у больных ХСО. Изучение собственных корректирующих эффектов нарушенных лабораторных показателей и клинической симптоматики у таких больных показало высокую эффективность использования ридостина по сравнению с традиционной схемой лечения.

Литература

1. Аковбян В.А. и др. // Вестник дерматол. и венерол.- 1998.- № 1.- С.34.
2. Вискман М.Е., Маянский А.Н. Способ оценки функциональной активности нейтрофилов человека по реакции восстановления нитросинего тетразолия.- Казань, 1979.- 15 с.
3. Земсков А.М. и др. // Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол.- 1997.- № 1.- С. 52.
4. Константинова О.Д. и др. // Сб. трудов 5-го конгресса РААКИ (12-14 нояб. 2002 г.).- М., 2002.- С. 68.
5. Медведев А.Н., Чаленко В.В.//Лаб.дело.- 1991.- №2.-С. 19.
6. Меньшикова В.В. Лабораторные методы исследования в клинике: справочник.- М.: Медицина, 1987.- 365 с.
7. Савельева Г.М. // Акуш. и гинекол.- 1999.- № 3.- С. 57.

УДК: 616.12-005.4 + 616.379-008.64]: 615.015.23

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НИФЕДИПИНОМ-РЕТАРД И ЭНЛАПРИЛОМ НА ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС И ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Л.А.КНЯЗЕВА *

Патология сердечно-сосудистой системы отмечается более чем у половины больных сахарным диабетом (СД), а по данным ряда авторов, ее распространенность достигает 90-100%. В основе частой встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС) у больных СД лежат процессы раннего и ускоренного развития атеросклероза коронарных сосудов, так называемой диабетиче-

* Курский государственный медицинский университет