

40. *Сергеева Л.И., Иванова Н.В., Пономарёва Т.В., Гавриченко О.В.* Роль физиотерапевтических методов в лечебном процессе пожилых больных // Тезисы 11 Международной научно-практической конференции «Пожилкой больной. Качество жизни»//Клиническая геронтология. — 2006. — № 9. — С. 110.

41. *Серова Л.Д., Силина З.Д., Кочеткова Л.П., Гаенко О.Н.* Причины смертности населения пожилого и старческого возраста // Геронтология и гериатрия. — 2003. — № 2. — С. 14-15.

42. *Смирнова И.Н., Левицкий Е.Ф., Алайцева С.В.* и др. Влияние комплексной пелоидотерапии на кардиогемодинамику и микроциркуляцию у больных гипертонической болезнью в сочетании с остеоартрозом в пожилом возрасте // Материалы 1 Всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. — М., 2007. — С. 259-260.

43. *Соловьёва Э.Ю., Карнеев А.Н., Федин А.И.* Действие внутривенной лазерной терапии на когнитивные функции у больных с ишемией мозга // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2007. — № 2. — С. 5-10.

44. *Сорокина Е.И.* Лечебное применение газовых («сухих») углекислых ванн (клинико-физиологическое обоснование, показания, противопоказания): Метод. рекомендации. — М., 1997. — 22 с.

45. *Стрелкова Н.И.* Начальные формы сосудистых поражений головного мозга: предотвращение их прогрессирования с помощью методов физической терапии // Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК. — 1999. — № 6. — С. 41-42.

46. *Ус А.Д.* Бальнеотерапия и возраст. — Киев, 1985. — 136 с.

47. *Ушинская Г.Г.* Дифференцированная бальнеотерапия больных цереброваскулярными заболеваниями пожилого возраста // Тез. докл. 5 съезда физиотерапевтов и курортологов Украинской ССР. — Одесса, 1991. — С. 209-210.

48. *Хаердинов М.С.* Сухие воздушные углекислые ванны в комплексном лечении больных с заболеваниями органов пищеварения и мочеполовой сферы у лиц пожилого и старческого возраста // Сб. ст. и тез. докл. Междунар. конф. по вопр. мед. и соц. обслуживания лиц пожилого и старческого возраста, посвящённой 20-летию Ульяновской комплексной программы «Забота». — Ульяновск, 1997. — С. 215-216.

49. *Холмогоров Н.А., Чернигов Н.В., Белоусова И.В., Абрамович С.Г.* Опыт применения «сухих» углекислых ванн

на Иркутском курорте «Ангара» у больных пожилого возраста // Медицинские и социальные проблемы геронтологии. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Иркутск, 20-21 июня 2006. — С.99.

50. *Чеботарёв Д.Ф.* Гериатрия в клинике внутренних болезней. — Киев, 1977. — 303 с.

51. *Шмакова И.П.* Дифференцированное применение современных технологий на основе природных и преформированных лечебных факторов в комплексной медицинской реабилитации неврологических больных // Актуал. пробл. курортологии и мед. реабилитации: Материалы междунар. юбилейной науч.-практ. конф., посвящённой 40-летию санатория «Молдова». — Одесса, 1997. — С. 149-153.

52. *Шпрах В.В.* Дисциркуляторная энцефалопатия: факторы риска. Варианты клинического течения. Дифференцированное лечение. Профилактика. — Иркутск, 1997. — 144 с.

53. *Ястребов А.П., Мещанинов В.Н., Сырнев В.А.* и др. Использование «сухих» углекислых ванн с целью замедления темпов старения у пациентов разных возрастных групп // Клиническая геронтология. — 1998. — № 3. — С. 62.

54. *Bennett D.A., Wilson R.S., Schneider J.A.* et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons // Neurology. — 2002. — Vol. 59. — P. 198-205.

55. *Dubois B., Verstichel P.* Issues in diagnosis, therapeutic strategies and management of MCI disease in 2003. Results of international survey // MCI Forum. — 2003. — Vol. 2. — P. 1-11.

56. Guidelines Subcommittee. 2003 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. — 2003. — Vol. 21. — P. 1011-1053.

57. *Hanninen T., Hallikainen M., Tuomainen S.* et al. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects // Acta Neurol. Scand. — 2002. — Vol. 106. — P. 148-154.

58. *Shmauser H.* Magnetfeldtherapie // Erfahrungheilkunde. — 1988. — Bd. 37. — № 12. — P. 740-744.

59. *Wang Q.S., Zhou J.N.* Retrieval and encoding of episodic memory in normal aging and patients with mild cognitive impairment // Brain Res. — 2002. — Vol. 294. — P. 113-115.

60. *Whitehouse P.J., Juergst E.T.* Antiaging medicine and mild cognitive impairment. Practice and policy issues for geriatrics // J. Am. Geriatr. Soc. — 2005. — Vol. 53. — P. 1417-1422.

© ЯКИМОВ А.П., ЗАЙКА В.А., ЩУКО А.Г., МАЛЫШЕВ В.В. — 2008

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ МЕТОДОМ ЗАДНЕЙ ЗАКРЫТОЙ ВИТРЕКТОМИИ И КРУГОВОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ СКЛЕРЫ

А.П. Якимов, В.А. Зайка, А.Г. Щуко, В.В. Малышев

(Иркутский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии», директор — д.м.н., проф. Ф.Г. Щуко)

Резюме. Сравнительный анализ эффективности хирургического лечения больных с отслойкой сетчатки методом задней закрытой витректомии и кругового пломбирования склеры.

С целью изучения закономерностей структурно-функционального состояния зрительной системы у больных после хирургического лечения отслойки сетчатки, исходом которого является восстановление анатомических взаимоотношений в заднем отрезке глаза. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 82 пациентов (82 глаза), прооперированных по поводу регматогенной отслойки сетчатки. Все пациенты были разделены на 2 группы по методу операции. На следующем этапе работы, для выявления причин функциональной несостоятельности сетчатки после оперативного лечения, были обследованы 36 пациентов с субтотальной и тотальной отслойкой сетчатки, с вовлечением макулы. Установлена взаимосвязь между динамикой восстановления зрительных функций и изменениями центральных отделов глазного дна.

Ключевые слова: отслойка сетчатки, круговое вдавление склеры, задняя закрытая витректомия, восстановление зрения.

Адрес для переписки: 664033, г. Иркутск, ул. Лермонтова, 337. Якимов Алексей Петрович. Контактный тел. 8-395 2 564 107. E-mail — if@mntk.irkutsk.ru.

В хирургии регматогенной отслойки сетчатки анатомическое прилегание ретинальной ткани не всегда приводит к хорошему функциональному результату. Ряд авторов связывают это с длительностью существования заболевания и степенью отстояния сетчатки в макуле [10]. Причиной медленного восстановления остроты зрения в послеоперационном периоде является остаточный отек сетчатки в области макулы [6,7]. При этом после операций происходят изменения в ретинальном кровотоке [3].

Таким образом, восстановление зрительных функций после анатомического прилегания сетчатки остается актуальной проблемой.

Все это и обуславливает цель исследования — изучение закономерностей структурно-функционального состояния зрительной системы у больных после хирургического лечения отслойки сетчатки, исходом которого является восстановление анатомических взаимоотношений в заднем отрезке глаза.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 82 пациентов (82 глаза) в возрасте от 16 до 76 лет, прооперированных по поводу регматогенной отслойки сетчатки методом задней закрытой витрэктомии (ЗЗВ) в сочетании с эндолазеркоагуляцией (ЭЛК) и криопексией склеры в проекции разрывов — 1 группа (30 глаз). Вторая группа (52 глаза) — пациенты, прооперированные методом кругового пломбирования склеры (цирклиж) в сочетании с дренированием субретинальной жидкости (СРЖ) и с криопексией склеры в проекции разрыва. Были выбраны пациенты с распространённой, субтотальной или тотальной отслойкой сетчатки и с вовлечением макулы. Острота зрения регистрировалась до операции, через 5-6 дней после операции и через 1-6 месяцев.

На следующем этапе работы, для выявления причин функциональной несостоятельности сетчатки после оперативного лечения, были обследованы 36 пациентов в возрасте от 18 до 79 лет также с субтотальной и тотальной отслойкой сетчатки, с вовлечением макулы. Эти пациенты были подвержены углубленному обследованию. Проводилось измерение остроты зрения с коррекцией на фороптере, внутриглазного давления (ВГД) тонометром Маклакова, исследование поля зрения на сферопериметре по стандартной технологии. Всем больным проводилась непрямая офтальмоскопия с использованием панфундус линзы. Для оценки состояния макулярной области и области зрительного нерва использовался оптический когерентный томограф ОСТ-2000 фирмы Zeiss-Humphrey (США, Германия).

Оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной области глазного дна проводилось линейными сканами в вертикальной и горизонтальной плоскости. Длина сканов составляла 5,0 мм. Оценивалась толщина сетчатки, ее структура и состояние субретинальных слоев.

Глубина экскавации диска зрительного нерва (ДЗН) и состояние окружающей сетчатки оценивались с помощью линейного сканирования во взаимно перпендикулярных плоскостях. Определение толщины слоя нервных волокон проводилось с помощью радиального сканирования, диаметр скана

составлял 3,4мм. Циркулярный скан вокруг ДЗН позволяет измерить толщину слоя нервных волокон в различных участках вокруг диска и оценить их структуру.

Томограмма представляется в «развернутом виде», в виде плоского линейного снимка. Параметры — толщина слоя нервных волокон и сетчатки — обрабатываются компьютером и представляются на экране как усредненная величина всего скана или отдельного квадранта. Это позволяет выявлять как локальные дефекты, так и диффузное поражение, что очень важно для объективной диагностики и мониторинга патологических процессов при нейродегенеративных заболеваниях.

ОСТ сканирование проводилось только при выписке пациентов из стационара и через 6 месяцев после операции, так как до операции сканирование было невозможным из-за высокого отстояния сетчатки в центральных отделах.

Результаты обработаны статистически (пакет компьютерных программ Statistica for Windows 6.0.). Использовались непараметрические критерии, вычислялся t-критерий Уилкоксона. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Острота зрения у пациентов первой группы, прооперированных методом задней закрытой витрэктомии, на 5-6 день после операции составила от 0,010 до 0,300 с коррекцией, у пациентов второй группы, прооперированных методом кругового пломбирования склеры, от 0,010 до 0,500 с коррекцией. Через 1-6 месяцев после операции острота зрения у пациентов первой группы составила от 0,010 до 0,400, у пациентов второй группы от 0,015 до 0,850. У пациентов обеих групп не выявлено улучшения остроты зрения в ранние сроки после операции. И только через 1-6 месяцев острота зрения повышается в два раза (табл. 1).

Таблица 1

Острота зрения у пациентов двух групп (M±m)

Группы пациентов	Острота зрения		
	До операции	После операции через 5-6 дней	После операции через 1-6 месяцев
	1	2	3
1 группа (n=30)	0,081±0,035	0,094±0,03 (p _{1,2} =0,09)	0,18±0,035 (p _{1,3} =0,004)
2 группа (n=52)	0,125±0,015	0,107±0,02 (p _{1,2} =0,432)	0,205±0,039 (p _{1,3} =0,002)

В дальнейшем, учитывая гетерогенность контингента прооперированных больных, были определены градиенты повышения остроты зрения у различных категорий больных (табл. 2).

Таблица 2

Градиенты остроты зрения через 1-6 месяцев после операции

Изменение остроты зрения	ЗЗВ глаз (%) (n=30)	Цирклиж глаз (%) (n=52)
Прибавка vis 0,2 и выше	10 (33,3)	15 (29,1)
Прибавка vis 0,05-0,19	9 (30)	10 (19,2)
Прибавка vis до 0,05	4 (13,3)	11 (21,1)
Vis не изменился	3 (10)	8 (15,3)
Vis ухудшился	4 (13,4)	8 (15,3)

Улучшение остроты зрения на 0,050 и выше расценивалось, как функциональный успех операции [5]. Таких больных в первой группе оказалось 63,3%, во второй группе 48,3%. Прибавка остроты зрения на 0,040 и ниже, а также случаи, где острота зрения не изменилась или ухудшилась, рассматривались как отрицательный визуальный результат. В первой группе таких пациентов было 36,7%, во второй 51,7% соответственно.

В дальнейшем, для выявления структурно-функциональных изменений центральных отделов сетчатки у пациентов, прооперированных методом кругового пломбирования склеры, были обследованы 36 пациентов (36 глаз) с первичной отслойкой сетчатки. Из них мужчин было 14 человек (39%), женщин — 22 (61%). У 32 (89%) больных была выявлена субтотальная отслойка сетчатки, 4-х (11%) — тотальная. У всех пациентов сетчатка в области макулы была полностью отслоена. До операции отслойка сетчатки существовала от 7 дней до 1 года. Острота зрения в предоперационном периоде составляла $0,080 \pm 0,01$. Во всех случаях было проведено хирургическое вмешательство, включавшее в себя круговое вдавление склеры пористым силиконом, транссклеральную криопексию в области ретинального разрыва и дренирование субретинальной жидкости. У 8 (22%) пациентов наложение циркулярного дополнялось радиальным пломбированием.

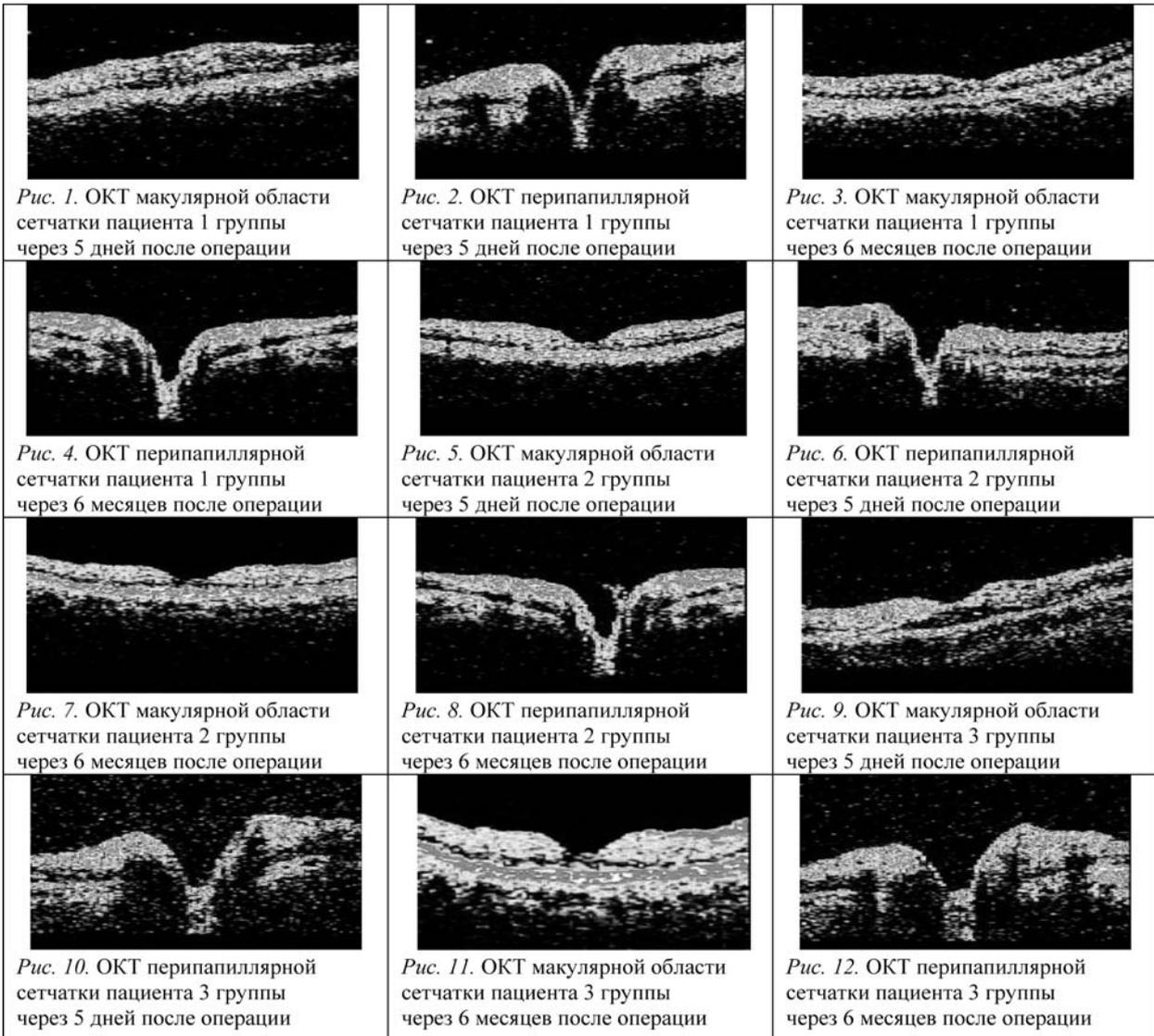
Анатомический результат — полное прилегание сетчатки — достигнут во всех случаях, и сохранялся на протяжении всего срока наблюдения.

В послеоперационном периоде при ОСТ-сканировании было выявлено три различных варианта отека центральных отделов сетчатки (табл.3). Соответственно этому были выделены группы три, четыре и пять. В третьей группе, включающей в себя 12 (33,4%) пациентов, срок существования отслойки сетчатки составил от одной недели до одного месяца. При ОСТ-сканировании выявлен выраженный отек сетчатки в макуле, центральная ямка не контурировалась (рис. 1). Толщина сетчатки в fovea составляла 335 ± 86 мкм с увеличением отека в парафовеолярных участках до 346 ± 74 мкм.

Заметные изменения наблюдались в перипапиллярной сетчатке, где происходило утолщение ретинальной ткани до 346 ± 68 мкм, в том числе и за счет отека слоя нервных волокон до 162 ± 43 мкм (рис. 2). Дооперационная острота зрения в этой группе составила $0,080 \pm 0,02$.

Контрольные исследования, проведенные у этих пациентов через 6 месяцев, показали постепенное снижение макулярного отека, что выражалось уменьшением толщины сетчатки на 33% (рис. 3).

Следует подчеркнуть, что обратное развитие изменений в перипапиллярной зоне происходи-



ло значительно медленнее. Через полгода после операции толщина сетчатки у зрительного нерва уменьшилась лишь на 16% (рис. 4).

Для пациентов этой группы характерно сохранение утолщения слоя нервных волокон на протяжении всего срока наблюдения в пределах 146 ± 21 мкм. Достоверное повышение остроты зрения с $0,080 \pm 0,02$ до операции и $0,350 \pm 0,06$ через 6 месяцев после операции, на наш взгляд, произошло за счет снижения макулярного отека.

В четвертой группе, состоящей из 8 (22%) пациентов с длительностью дооперационного существования отслойки сетчатки от 2-х недель до 2-х месяцев, при ОСТ-сканировании после операции на момент выписки отмечался незначительный отек сетчатки в области фовеа (149 ± 32 мкм), с некоторым утолщением сетчатки в парафовеолярных отделах (285 ± 23 мкм) (рис. 5). Перипапиллярно сетчатка была значительно утолщена до 304 ± 82 мкм, а толщина слоя нервных волокон у ДЗН составила 152 ± 32 мкм (рис. 6).

При динамическом наблюдении через 6 месяцев после операции у больных этой группы наблюдалось полное исчезновение отека сетчатки в фовеа. Толщина сетчатки в этой зоне составила в среднем 123 ± 17 мкм с некоторым уплощением сетчатки и в парафовеолярных областях 246 ± 18 мкм (рис. 7).

Вместе с тем, отек ретинальной ткани в области зрительного нерва сохранялся практически на прежнем уровне, а толщина слоя нервных волокон у ДЗН уменьшилась лишь на 8% (рис. 8). Учитывая, что достоверных отличий в динамике отека сетчатки у пациентов данной группы выявлено не было, можно предположить, что повышение остроты зрения в процессе наблюдения с $0,110 \pm 0,01$ в предоперационном периоде до $0,400 \pm 0,05$ через 6 месяцев после операции, возможно, было предопределено с исходно невысоким уровнем макулярного отека.

Пятая группа, включавшая в себя 16 (44,4%) пациентов, характеризуется наиболее длительным сроком существования отслойки сетчатки, составившим от 6 месяцев до 1 года. Отличительным признаком больных этой группы, являлся не только отек сетчатки в макуле (163 ± 77 мкм), но и отслойка нейроэпителлия (рис. 9).

В области ДЗН отмечался отек сетчатки до

438 ± 70 мкм с утолщением слоя нервных волокон до 169 ± 65 мкм (рис. 10).

У всех пациентов этой группы через полгода после операции топография макулы приобретала нормальный вид (рис. 11), однако признаки перипапиллярного отека сохранялись даже через 6 месяцев (рис. 12). Надо заметить, что в данной группе не было выявлено как достоверного улучшения зрения ($0,070 \pm 0,01$ до операции, $0,180 \pm 0,05$ через 6 месяцев после операции), так и снижения уровня отека сетчатки. По-видимому, низкие зрительные функции в данной группе связаны с другими механизмами, например с длительным анабиозом клеток отслоенной сетчатки [3].

При оценке динамики восстановления остроты зрения у пациентов трех групп видна очевидная разница в улучшении зрительных функций, что может быть связано с различной формой регрессии послеоперационного отека (Рис. 13).

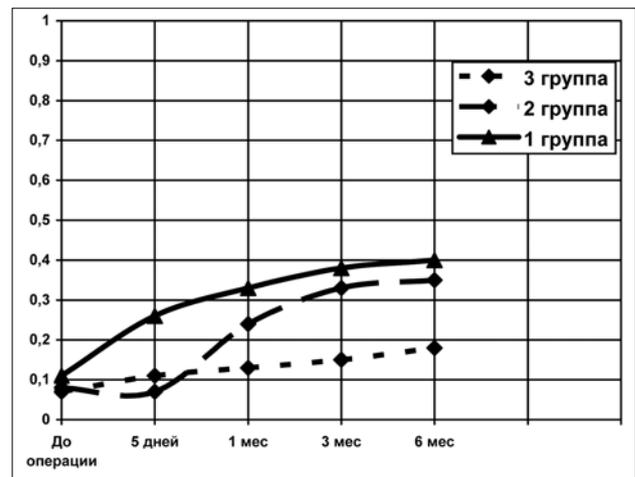


Рис. 13. Динамика остроты зрения у больных, прооперированных по поводу отслойки сетчатки в разных группах.

В целом представленные данные свидетельствуют о том, что изменения в макуле у больных во всех группах быстрее подвергаются обратному развитию, в то время как изменения в области ДЗН сохраняются в течение длительного периода времени, что, очевидно, имеет ключевое значение в сроках восстановления зрительных функций.

Таблица 3

Изменение толщины структур сетчатки у пациентов 3-х групп (M±m), мкм

Структуры сетчатки	3 группа (n=12)				4 группа (n=8)				5 группа (n=16)			
	Фовеа	Парафовеа	Перипапиллярн. зона	Слой нервных волокон	Фовеа	Парафовеа	Перипапиллярн. зона	Слой нервных волокон	Фовеа	Парафовеа	Перипапиллярн. зона	Слой нервных волокон
5 дней после операции	335±86 $p_{3-4} < 0,05^*$ $p_{3-5} > 0,05$	346±74 $p_{3-4} > 0,05$ $p_{3-5} > 0,05$	356±68 $p_{3-4} > 0,05$ $p_{3-5} > 0,05$	162±43 $p_{3-4} > 0,05$ $p_{3-5} > 0,05$	149±32 $p_{4-5} > 0,05$	258±23 $p_{4-5} > 0,05$	304±82 $p_{4-5} > 0,05$	152±32 $p_{4-5} > 0,05$	163±77	374±129	438±70	169±65
6 месяцев после операции	224±31 $p_{3-4} < 0,05^*$ $p_{3-5} < 0,05^*$	249±16 $p_{3-4} > 0,05$ $p_{3-5} > 0,05$	298±74 $p_{3-4} > 0,05$ $p_{3-5} > 0,05$	146±21 $p_{3-4} > 0,05$ $p_{3-5} > 0,05$	123±17 $p_{4-5} > 0,05$	246±18 $p_{4-5} > 0,05$	284±19 $p_{4-5} > 0,05$	140±22 $p_{4-5} > 0,05$	133±21	251±21	362±44	156±41
контроль	151±18	254±21	251±19	134±14								

* результаты значимы $p < 0,05$

COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RETINAL DETACHMENT BY POSTERIOR CLOSED VITRECTOMY AND CIRCULAR SCLERAL BUCKLING

A.P. Yakimov, V.A. Zaika, A.G. Shchuko, V.V. Malyshev
(Sv. Fyodorov Eye Microsurgery Complex, Irkutsk, Russia)

Purpose of work: to reveal the regularities of structural and functional status of visual system in patients after surgical treatment of retinal detachment. The outcome of this surgery is reconstruction of anatomic relationships in posterior segment. The retrospective analysis of treatment results of 82 patients (82 eyes), who were operated for rhegmatogenous retinal detachment, was made. All patients were divided into 2 groups according to surgical method. For the purpose of revelation of causes of functional retinal failure after surgery, 36 patients with subtotal and total retinal detachment involving macula were examined. The interaction between dynamics of visual functional restoration and changes of central fundus was determined.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбородов Я.В. Прогнозирование функциональных исходов витреоретинальных операций: Автореф. канд. мед. наук: 14.00.08; СПб., 2006. — 20 с.
2. Гурьева Н.В., Югай А.Г., Лаврова Н.Е., Саксонова Е.О. О некоторых механизмах неполного восстановления центрального зрения после успешных операций по поводу отслойки сетчатки // VIII съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. — М., 2005. — С.762.
3. Егорова Е.Н. Применение озонотерапии в реабилитационном периоде у больных, оперированных по поводу ретинальной отслойки сетчатки: Автореф. канд. мед. наук; 14.00.08; М., 2007. — 25 с.
4. Крейссиг И. Минимальная хирургия отслойки сетчатки: Практическое руководство / Пер. с англ. — Т.1. — М.: Издательский центр МНТК «Микрохирургия глаза», 2005. — 289 с.
5. Крейссиг И. Минимальная хирургия отслойки сетчатки: Практическое руководство / Пер. с англ. — Т.2. — М.: Издательский центр МНТК «Микрохирургия глаза», 2005. — 356 с.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра. Женева. — 1995. Т.1. — С.48.
7. Baba T., Hirose A., Moriyama M., Mochizuki M. Tomographic image and visual recovery of acute macula — off rhegmatogenous retinal detachment // Adv. Neonatol. Care. — 2004. — Vol.4, N.1. — P. 9-10.
8. Leclaire-Collet A., Muraine M., Menard J.F., Brasseur G. Predictive visual outcome after macula-off retinal detachment surgery using optical coherence tomography // Retina. — 2005. — Vol.25. — P.44-53.
9. Wolfensberger T.J. Foveal reattachment after macula — off retinal detachment occurs faster after vitrectomy than after buckle surgery // J. Formos Med. Assoc. — 2004. — Vol.103(3) — P. 212-217.
10. Michels R., Wilkinson C.P., Rice T.A. Results of retinal reattachment surgery // Retinal Detachment. Michels R., Wilkinson C.P., Rice T.A., eds//. — St. Louis: CV Mosby, 1990. — P. 955-963.
11. Hagimura N., Suto K., Iida T., Kishi S. Optical coherence tomography of the neurosensory retina in rhegmatogenous retinal detachment // Am.J. Ophthalmol. — 2000. — Vol. 129. — P. 186-190.

© МАЛЬТИНСКИЙ М.Л., ГОРИН В.С., ПОРТНОВА А.В., МАЛЬТИНСКАЯ Н.А., КАЛУГИН С.А. — 2008

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУНИТЕТ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

М.Л. Мальтинский, В.С. Горин, А.В. Портнова, Н.А. Мальтинская, С.А. Калугин
(Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско)

Резюме. В статье приведены результаты изучения неспецифического иммунитета у пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Показана значимость изучения показателей неспецифического иммунитета в прогнозировании исхода воспалительного процесса внутренних половых органов у женщин. Высказано предположение, что в патогенезе заболеваний внутренних половых органов имеет значение функциональная недостаточность лейкоцитов, выброс из полиморфноядерных лейкоцитов агрессивных факторов и накопление токсических продуктов тканевой деструкции в очаге воспаления.

Ключевые слова: неспецифический иммунитет, воспалительные заболевания внутренних половых органов.

Адрес для переписки: 630048 г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 137/ 2 кв. 13. Дом. тел. (383)— 344-50-73 моб. Тел. 8-923-246-48-24.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, распространенность этих заболеваний неуклонно растет и составляет, по данным разных авторов, от 30% среди стационарных и до 60-65% среди амбулаторных больных [1, 6, 11]. Длительное рецидивирующее течение заболевания, малая эффективность проводимой терапии

могут привести к потере репродуктивной функции и инвалидизации больной. По данным M.Quan (1998) воспалительные заболевания придатков матки представляют важную медико-социальную проблему США — ежегодно регистрируется более 1 млн. случаев острых воспалительных заболеваний придатков матки, что ведёт к прямым и косвенным затратам в размере 4,2 млрд. долларов в год [14].