

Установлено, что цитокиновый профиль новорожденных, как с минимальными, так и максимальными проявлениями инфекционно-воспалительных заболеваний отличался от такового у здоровых новорожденных. Цитокиновый профиль детей с минимальными и максимальными проявлениями инфекционно-воспалительной патологии также был различен. У новорожденных с минимальными проявлениями инфекционно-воспалительной патологии по сравнению с показателями контрольной группы отмечался более высокий уровень сывороточных ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-4, но более низкий - ИФН $\alpha$  и ИФН $\gamma$  ( $p < 0,05$ , во всех случаях). У детей этой группы отмечался усиленный спонтанный синтез ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-4, ФНО $\alpha$  ( $p < 0,05$ , во всех случаях) и тенденция к усилению спонтанного синтеза ИЛ-2. Следует отметить, что дополнительная стимуляция не приводила к повышению продукции цитокинов, что свидетельствует о естественной стимуляции клеток-продуцентов цитокинов. Несмотря на сниженное содержание ИФН $\gamma$  в сыворотке крови спонтанный и индуцированный синтез этого цитокина периферическими МНК существенно не менялся, тогда как продукция ИФН $\alpha$  была достоверно снижена. При тяжелых проявлениях инфекционно-воспалительной патологии выраженные различия в сывороточном содержании цитокинов с показателями детей контрольной группы отсутствовали ( $p > 0,05$ ), за исключением достоверного снижения уровня ИЛ-4 ( $p < 0,05$ ), причем спонтанная и индуцированная продукция этого цитокина была также снижена. У детей этой группы была усилена спонтанная продукция ИЛ-1 $\beta$  и ФНО $\alpha$  ( $p < 0,05$ , в обоих случаях). Полученные данные свидетельствуют о дисбалансе в продукции цитокинов у новорожденных с ВУИ и их возможном участии в патогенезе данной патологии и реализации тяжести процесса.

#### **Закономерности дифференцировки децидуальных Т-хелперов при СЗРП**

Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В., Веденева М.В., Скрипкина И.Ю., Панова И.А., Борзова Н.Ю.

*ГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, Иваново*

Синдром задержки внутриутробного роста плода (СЗРП) не является самостоятельным заболеванием и представляет скорее всего проявление воздействия многих возможных факторов. Однако в последнее время появляется все больше работ, свидетельствующих о значимости иммунных нарушений в формировании данной патологии. Децидуальная оболочка плаценты (ДО) считается основной ареной развития иммунных событий при беременности. В литературе имеются данные о том, что развитие иммунного ответа Th1 типа может вести к развитию СЗРП (Mirjana Hahn-Zoric, e.a., 2002). С другой стороны ряд фактов не укладывается в эту гипотезу (Rijhsinghani AG, e.a., 1997).

В связи с этим целью нашей работы было уточнить механизмы развития и роль Т-хелперов 1 и 2 ти-

па в формировании СЗРП при неосложненном течении беременности. Исследования проведены на образцах ДО 16 беременных женщин с неосложненным течением беременности, родивших детей с СЗРП. Методом проточной цитофлюорометрии в ДО оценивали содержание Th1 (CD4+IFN $\gamma$ +), Th2 (CD4+IL-4+), активацию и дифференцировку Т-хелперов. Клетки лейкоцитарного инфильтрата ДО получали стандартным ферментативным методом. Спонтанный синтез IFN $\gamma$  и IL-6 мононуклеарными клетками ДО, а также содержание этих цитокинов в экстрактах децидуальной ткани оценивали методом твердофазного иммуноферментного анализа. Все женщины были обследованы на наличие ЗППП методами ИФА и ПЦР.

Анализ данных позволил установить, что в ДО не было сдвига дифференцировки Т-хелперов в сторону Th1 клеток, а Th2 лимфоциты были преобладающей популяцией среди Т-хелперов. Несмотря на отсутствие изменений в ДО в общем содержании CD4+ лимфоцитов, при развитии СЗРП значительно увеличивалось количество CD4+ клеток, экспрессирующих рецепторы к трансферрину (более, чем в 2 раза), а также уровень коммитированных Т-хелперов, при этом содержание наивных Т-хелперов достоверно падало. Для СЗРП было характерно резкое снижение спонтанной продукции IFN $\gamma$  и усиление продукции IL-6 по сравнению с показателями при физиологически протекавшей беременности без СЗРП. Аналогичные результаты были получены по их содержанию в экстрактах децидуальной ткани. Можно предположить, что СЗРП развивается на фоне аутоиммунного процесса низкой интенсивности. Интенсивность выраженности этого компонента может ограничиваться высокой концентрацией IL-6, который может оказывать не только про-, но и противовоспалительное действие за счет регуляции синтеза глюкокортикоидов. По-видимому, триггерным механизмом являет воздействие на ранних сроках беременности инфекционных агентов.

#### **Иммунореабилитация после перенесенного острого сальпингофорита**

Уткин Е. В.

*ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ, Кемерово*

В последние годы в связи с ростом частоты воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин все большее значение уделяется поиску оптимальных путей решения данной проблемы. Указанная патология наиболее часто возникает в молодом возрасте и у 65-78% больных принимает тяжелое течение, в результате чего женщины нередко теряют трудоспособность и зачастую остаются бесплодными [Г.М. Савельева, 1999]. Даже последствия банального сальпингита остаются достаточно серьезными: приблизительно 15% пациенток с ВЗОМТ не отвечают на лечение, 20% имеют, по крайней мере, один рецидив, а 18% станут бесплодными [В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, 2001].

Целью настоящей работы явилась разработка рациональных методов реабилитации у женщин репро-

дуктивного возраста после перенесенного острого воспалительного процесса внутренних половых органов.

Нами были обследованы 63 женщины в возрасте от 20 до 35 лет, перенесшие острый воспалительный процесс гениталий. Обследование проводилось накануне выписки из стационара, при достижении клинического выздоровления. У всех обследованных пациенток было констатировано удовлетворительное общее состояние, нормализация температурной реакции, показателей анализов крови, данных бимануального исследования. Содержание иммуноглобулинов сыворотки крови соответствовало контрольным показателям. Их средние геометрические составили (в мг%): Ig A – 125,89±0,22; Ig M – 138,04±0,35; Ig G – 1122,0±0,29. В то же время, у части обследованных пациенток (15 женщин) оставались высокими титры аутоорганов антител к ткани яичника (1:32-1:128), что значительно превышало контрольные показатели. Указанная ситуация требовала продолжения проведения реабилитационных мероприятий после выписки из стационара.

С целью коррекции нарушений гормональной функции яичников и нормализации менструального цикла всем пациенткам назначались комбинированные монофазные низкодозированные оральные контрацептивы (марвелон, регулон, силест, фемоден или жанин) в течение 3-6 месяцев в сочетании со стимуляторами роста нормальной микрофлоры кишечника (хилак-форте по 40-60 капель 3 раза в день или линекс по 2 капсулы 3 раза в день) и ферментными препаратами (фестал, мезим-форте) по 1 таблетке при каждом приеме пищи. Целесообразно использование именно монофазных эстроген-гестагенных препаратов, учитывая их способность тормозить рост доминантного фолликула и, следовательно, уменьшать аутоантигенную стимуляцию. Кроме того, такие препараты обладают выраженным противовоспалительным, антипростагландиновым, релаксирующим и антифибринолитическим действием. Для повышения эффективности лечебных мероприятий, при наличии высоких титров аутоантител, дополнительно применялось 1-3 сеанса плазмафереза с перерывом в 2-7 дней. Помимо этого, все больные в течение 14-28 дней получали вобэнзим по 3 таблетки 3 раза в сутки, который оказывает системное и местное противоотечное, противовоспалительное, анальгезирующее и иммуномодулирующее действие. С целью улучшения метаболических процессов применялся хофитол, препарат, регулирующий окислительно-восстановительные процессы, участвующий в жировом, белковом и углеводном обмене.

На фоне проводимой терапии у всех 63 женщин восстановился овуляторный менструальный цикл. У 24 в течение двух лет наступила беременность. Ни у одной из пациенток при наблюдении за ними в течение двух лет рецидивов заболевания не было.

Следовательно, женщинам репродуктивного возраста после выписки из стационара целесообразно проведение второго этапа реабилитации с применением эстроген-гестагенных препаратов и методов ферментной терапии в сочетании с системной энзимотерапией.

### **Бактиспорин для лечения хронического гастрита типа В**

Фаттахова Л.А.

*Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека, Уфа*

Одной из главных задач по лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта является поиск новых препаратов. Препарат «Бактиспорин», разработанный и выпускаемый ГУП "Иммунопрепарат" (Уфа), представляет собой лиофилизованные живые бактерии *Bacillus subtilis* 3Н, которые выделяют антибактериальное вещество широкого спектра действия, подавляющее развитие патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

В клинике НИИ МТ и ЭЧ проведено лечение бактиспорином больных хроническим гастритом типа В в виде монотерапии. Клинические и эндоскопические исследования охватывали 45 человек в возрасте от 25 до 55 лет с длительностью заболевания от 2 до 7 лет. Диагностика заболеваний основывалась на данных анамнеза, жалобах, клинической картины, эндоскопических и гистологических исследований биоптатов слизистой желудка. Эндоскопически выявлен эрозивный антральный гастрит. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой желудка тела *Helicobacter pylori* был обнаружен у 94% больных с различной степенью инфицированности. Группу контроля составили 38 больных с аналогичным заболеванием, получавшие амоксицилин по традиционной схеме.

В результате лечения у больных, получавших бактиспорин, на 3,3±0,08 сутки улучшался аппетит (на 5,1±0,21 сутки - в контроле, P<0,05), на 4,2±0,32 сутки уменьшались ощущения вздутия живота (на 5,1±0,42 сутки - в контроле, P<0,05), на 5,2±0,32 сутки купировалась боль в области эпигастрии (на 7,6±0,27 сутки - в контроле, P<0,05), на 5,7±0,24 сутки исчезало чувство тяжести после еды эпигастрии (на 8,2±0,31 сутки - в контроле, P<0,05).

ФГДС исследования подтвердили клинические результаты (P<0,05). В исследуемой группе исчезновение слизи на стенках желудка отмечено на 4,8±0,11 сутки (в контроле на 7,4±0,27), купирование воспалительного процесса – на 7,1±0,21 (в контроле на 9,9±0,39), завершение эпителизации эрозии – на 9,3±1,02 (в контроле на 14,3±1,21), сроки лечения составили 11,2±1,38 суток (в контроле 15,5±1,57). При гистологическом исследовании биоптатов уменьшалась и исчезала обсемененность *Helicobacter pylori*.

Таким образом, на фоне лечения бактиспорином наблюдается ускорение процессов регенерации слизистой желудка, уменьшается выраженность воспалительного процесса и обсемененность *Helicobacter pylori*, что указывает на целесообразность включения бактиспорина в лечение больных хроническим гастритом типа В.