

этого хронической плацентарной недостаточностью, что подтверждалось результатами патоморфологического исследования последов после родов. Эти же факторы обусловили высокую детскую заболеваемость. Перенесенные болезни на последующих этапах онтогенеза становились фоном для формирования у детей более тяжелой, чем у их матерей, хронической полиорганной патологии.

Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости разработки для пациенток с МАРС патогенетически обоснованных схем лечения до и во время беременности, а для их детей – создания специальной программы реабилитации с целью профилактики возникновения нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья к моменту достижения половой зрелости.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клеменов А.В. Дисплазия соединительной ткани и беременность (обзор) / А.В. Клеменов, О.Н.Ткачева О.Н., А.Л.Верткин А.Л. // Тер. архив.-2004.-№ 11.-С.80-83.
2. Клеменов А.В. Течение и исходы беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / А.В. Клеменов, О.Л. Алексева, А.А.Востокова и др. // Гинекология.-2005.-№12.-С.53-57.
3. Козина О.Б. Беременность и роды у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О. Б. Козина //Вопр. акуш.,гинекол. и перинатол.- 2007.-№1.-С.66-69.

#### ИННОВАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Тулупов А.А.

*Институт «Международный  
томографический центр» СО РАН  
Новосибирский государственный университет  
Новосибирск, Россия*

В настоящее время, в магнитно-резонансной томографии (МРТ) помимо классических методик получения изображения, использования разнообразных скоростных последовательностей, проведения исследований с контрастным усилением, существуют методики, позволяющие:

1. одномоментно исследовать шейный, грудной и пояснично-крестцовый отделы позвоночника, сосуды и паренхиматозные органы всего тела;
2. получать диффузионно-взвешенные изображения, проводить МР-трактографию и МР-перфузию, позволяющие оценивать водный обмен и капиллярную перфузию в поврежденных участках головного мозга, что открывает новые

возможности в ранней диагностике и прогнозировании исхода ишемических изменений;

3. проводить функциональную МРТ, которая позволяет исследовать распознавательную, психическую, интеллектуальную и мыслительную функции головного мозга, лежащих в основе высшей нервной деятельности человека;

4. количественно оценивать поток крови и ликвора (методика Q-Flow), что дает возможность динамически оценивать движение крови и ликвора в кино-режиме и неинвазивно изучать объемную (мл/сек), линейную (см/сек), пиковую (см/сек) скорости потока, а также многие другие количественные характеристики циркуляции крови и ликвора, что особенно важно при планировании оперативного лечения и в ранней диагностике ишемических изменений;

5. получать трехмерные изображения различных структур человеческого организма, в том числе – артериальных и венозных сосудов;

6. проводить спектроскопические исследования, которые позволяют неинвазивно изучать метаболические и биохимические процессы в поврежденных участках головного мозга, предстательной железы, печени и других органов;

Такой широкий спектр научно-диагностических подходов к визуализации организма человека не может предложить ни один другой метод лучевой диагностики, предоставляя МР-томографии пальму первенства в этой области.

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОКРИННОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Усова А.В., Соколова Т.М.

*Новосибирский государственный медицинский  
университет  
Новосибирск, Россия*

**Актуальность проблемы:** в Российской Федерации прерывается каждая пятая желанная беременность, что приводит не только к медицинским, но и демографическим потерям – в стране не рождается 180 000 желанных детей. Недоношенность составляет 40-80% в структуре причин перинатальной смертности (Кулаков В.И., 2005). Актуальны вопросы взаимосвязи иммунологических факторов невынашивания беременности с гормональными.

**Цель исследования:** изучить содержание и соотношение про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови беременных с угрозой преждевременного ее прерывания на фоне различных методов лечения.

**Материал и методы исследования:** обследовано 36 беременных с угрозой прерывания беременности. Из них 15 беременным с угрозой прерывания беременности была проведена комплексная сохраняющая терапия без назначения прогестерона – 2-я группа и 21 беременным про-

водилась вместе с комплексной терапией гормональная терапия (натуральным прогестероном – утрожестаном по схеме) до 33-34 недель беременности – 3-я группа (основная группа). Контролем служили 15 женщин с нормально протекающей беременностью – контрольная группа. Группы были репрезентативны по возрасту (средний возраст  $28,3 \pm 2,11$  лет), сроку беременности  $28,3 \pm 2,01$  недель. Всем беременным женщинам проведены общеклинические и специальные методы исследования, ультразвуковое исследование, а также лабораторные методы определения цитокинов и гормонов в плазме крови.

#### **Результаты и их обсуждение**

Проведенные исследования показали, что при физиологической беременности уровень ИЛ-1 $\beta$  в сыворотке крови женщин составил  $58,3 \pm 3,59$  пг/мл, ИЛ-4  $111,4 \pm 5,34$  пг/мл и соотношение ИЛ-1 $\beta$ /ИЛ-4  $0,54 \pm 0,051$  пг/мл. Угроза преждевременного прерывания беременности сопровождается значительным повышением провоспалительного цитокина ИЛ-1 $\beta$  и снижением противовоспалительного ИЛ-4, что способствует активации цитотоксических иммунных реакций и может привести к «отторжению» плаценты и/или плода. Применение стандартной сохраняющей терапии без использования прогестерона не приводило к нормализации соотношения интерлейкинов, что является фактором риска преждевременного прерывания беременности. Применение прогестерона ряда существенно снижало содержание ИЛ-1 $\beta$  и в большей степени повышало уровень ИЛ-4, что может привести к снижению активности цитотоксических лимфоцитов и тем риска преждевременного прерывания беременности.

#### **Заключение**

Полученные данные подтверждает предположение о том, что положительное влияние утрожестана заключалось не столько в прогестерон-заместительном действии, а в его влиянии на соотношение Th-1/Th-2 и увеличении количества противовоспалительных и снижению провоспалительных цитокинов.

«Уникальность процессов беременности заключается не только в преодолении трансплантатом иммунных механизмов, но и в становлении новых эндокринных взаимодействий, обеспечивающих нормальное сосуществование и развитие двух разных организмов..... Все большая интеграция иммунологии и эндокринологии открыла в последнее время ряд важных закономерностей, определяющих тесную взаимосвязь иммунной и эндокринной систем.» (Н. Н. Кеворков и соавт., 1993).

### **ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ**

Фоляк Е.В., Соколова Т.М.

*Новосибирский государственный медицинский университет  
Новосибирск, Россия*

#### **Актуальность темы**

В состоянии здоровья российских подростков отмечается высокая распространенность гинекологических заболеваний (Уварова Е.В., Кулаков В.И., 2005; Кулаков В.И., Долженко И.С., 2005).

В структуре молодого поколения студенты представляют особую социальную группу, которая характеризуется определенными специфическими условиями труда и жизни, а также напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма (Комаев И.А., Васильева О.Л., 1999; Корнеева Л.Н., 2001). Необходимость углубленного изучения состояния здоровья студенческого контингента обусловлена высокой распространенностью среди студентов факторов риска, трудностями психофизиологической адаптации к условиям обучения на младших курсах, нарастанием объема информации, а также необходимостью поддержания активности в овладении профессиональными знаниями (Yinton J.W., 1990).

**Цель исследования:** на базе медико-консультативного центра и кафедры поликлинической гинекологии стоматологического факультета Новосибирского Государственного Медицинского Университета: оценить структуру гинекологической заболеваемости студенток 1 го курса НГМУ, выявить комплекс факторов отрицательно влияющих на их репродуктивное здоровье и на основе анализа полученных данных.

**Материал и методы исследования:** в рамках профилактического осмотра студенток первых курсов проводившегося в 2008 году была обследована 351 пациентка. Проведен анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, данных бимануального осмотра, результатов УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез, мазков на ГН и на атипические клетки.

**Результаты исследования:** возраст начала половой жизни в 14-15 лет - 33%, в 16-19 лет – 65%, в 20 лет и более – 2%. 32,5% студенток имеют гинекологические заболевания: нарушение менструального цикла (6,5%), в том числе 1,5% дисменореей, воспалительными заболеваниями половых органов (7,5%), доброкачественная патология шейки матки (61%).

#### **Выводы**

1. Детерминирующими факторами, определяющие приоритеты в формировании репродуктивного здоровья девушек-учащихся высших учебных заведений являются: качество соматического здоровья, сроки начала половой жизни, гинекологический статус, уровень самооценки здоровья, распространенность и длительность