

условиях нашего города. Необходимы более глубокие исследования иммунитета у беременных женщин с определением не только специфический иммуноглобулинов классов Ig A, Ig M, Ig G, но проводить мониторинг иммунного статуса у беременных женщин.

Литература:

1. Глазкова Л.К., Герасимова Н.М. Заболевания передаваемые половым путем. - М. 2006. - №4. - С.9-12.
2. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. 25.05.2005. Заболевания, передаваемые половым путем. - М. 2005. - №5. - С. 81-82.

3. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции в крупном промышленном центре Западной Сибири, Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. - №1. - С.54-57.

4. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М. 1995. – С.37-38.

5. Казанцева А.П., Попова Н. И. Внутриутробные инфекционные заболевания детей и их профилактика. –Л. - 1998 – 227 с.

6. Чучупалов П.Д., Охридина Л.И. // Вопросы охраны материнства и детства.-1999. - №1. - С16-18.

УДК 616.983-615.37

ИММУНОАКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ИМУНОФАНА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ

Н.К. Шаймарданов

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, иммунитет, имунофан.

Изучено иммунокорректирующее влияние препарата имунофан в лечение больных с урогенитальным хламидиозом. В ходе исследования было выявлено, что имунофан стимулирует систему фагоцитоза и клеточного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом.

Тўжырым

УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗДЫ ЕМДЕУДЕ ИМУНОФАННЫҢ ИММУНИТЕТКЕ БЕЛСЕНДІ ӘСЕРІ

Н.К. Шаймарданов

Урогениталды хламидиозбен ауыратын науқастардың имунитетін имунофанмен реттеу әсері зерттелді. Тексеру нәтижесінде имунофанның хламидиозбен ауыратын науқастардың фагоцитоз жүйесін және клеткалық имунитетті көтеретін әсері анықталды.

Summary

IMMUNITY ACTIVE EFFECT IMUNOFAN AT UROGENITAL CHLAMIDIOSIS

N.K. Shaimardanov

The key words: urogenital chlamidiosis, immunity, imunophan.

Immunocorrective action of imunofan in treatment of patients with urogenital chlamidiosis is studied. The research revealed that imunofan stimulates the phagocytosis system and cellular immunity at patients with urogenital chlamidiosis.

Урогенитальный хламидиоз (УХ) является одной из серьезных медико-социальных проблем. Указанная инфекция широко распространена в различных странах мира, а показатели заболеваемости постоянно растут. *S. trachomatis* передается преимущественно половым путем и обладает выраженным тропизмом к цилиндрическому эпителию. Поэтому наиболее частыми клиническими проявлениями являются уретрит и слизисто-гнойный цервицит. При распространении инфекционного процесса могут наблюдаться бартолинит, эндометрит, сальпингит, иногда проктит и некоторые другие, более редкие формы заболевания [1]. Однако у 60% женщин хламидиоз протекает абсолютно бессимптомно [2]. Важная роль в патогенезе УХ принадлежит дисфункции иммунитета [3]. В связи с этим актуальными остаются вопросы иммунокоррекции при УХ. Существует способ иммунокоррекции у больных урогенитальным хламидиозом, заключающийся в назначении циклоферона по схеме по 2,0 мл внутримышечно, однократно на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 день лечения урогенитального хламидиоза. Нами предложен способ коррекции иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом с помощью регуляторного пептида четвертого поколения – имунофана.

Целью работы является оценка иммунного статуса больных урогенитальным хламидиозом до и после лечения иммуномодулятором имунофаном.

Материал и методы: обследовано 47 больных урогенитальным хламидиозом (диагноз верифицировался методами микроскопии, ИФА, ПЦР). Все больные были разделены на 2 группы сравнения. Больные 1 группы (n=27) получили общепринятую антибактериальную терапию, больные второй группы (n=20) имунофан в сочетании с антибактериальной терапией + циклоферон. Контрольную группу составили здоровые лица (n=35). Препарат назначался по оригинальной схеме: по 2,0 мл внутримышечно, однократно с интервалом 2 дня, на курс 10 инъекций. В исследовании были использованы иммунологические и статистические методы исследования.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования было выявлено, что абсолютное число лимфоцитов было достоверно повышенным у больных принимавших имунофан на 14% (p<0,05) в сравнении с показателями до лечения. Содержание абсолютного числа CD3+ лимфоцитов выражалось в достоверном его повышении на 41% (p<0,01) в сравнении с показателями до лечения, тогда как различия между группами сравнения принимавшие имунофан и традиционную терапию составила 15.7% (p<0,05). Во всех двух группах сравнения отмечалось повышение относительного содержания CD4+ лимфоцитов (p<0,05). Относительное число CD8+ лимфоцитов было наиболее достоверно повышенным у больных основной группы сравнения на 23% (p<0,05)

по сравнению с исходными данными. В результате лечения соотношение иммунорегуляторного индекса было достоверно повышенным только у больных пролеченных иммунофаном, и приближалось к показателям груп-

пы здоровых лиц. Показатели абсолютного содержания CD16+ лимфоцитов повышались у больных принимавшие иммунофан на 32% (p<0,05) по сравнению с показателями до лечения (таблица №1).

Таблица № 1. - Динамика иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом после иммуномодулирующей терапии.

Показатели	Здоровые лица	До лечения	Традиц. леч. + циклоферон	P ₁	Лечение иммунофаном	P ₂
	n = 35	n = 47	n = 27		n = 20	
Абс.число лимф., x10 ⁹	1932±38	1620±36	1730±43	p<0,05	1923±48	p<0,05
CD 3, %	43,85±0,95	35,67±1,24	37,12±0,72	p>0,05	43,3±0,54	p<0,01
CD 3, x10 ⁹	841±36	584±44	640±31	p>0,05	832±26	p<0,01
CD 4, %	28,85±1,82	20,67±2,32	22,00±0,14	p>0,05	28,8±2,24	p<0,05
CD 4, x10 ⁹	557±69	333±83	380±60	p>0,05	551±107	P>0,05
CD 8, %	19,54±0,61	15,0±0,57	15,3±1,04	p>0,05	18,7±0,61	p<0,01
CD 8, x 10 ⁹	381±23	243±21	260±45	p>0,05	354±29	p<0,05
ИРИ	1,47±0,08	1,38±0,09	1,44±0,05	p>0,05	1,54±0,06	p<0,05
CD 16, %	18,1±0,8	14,8±0,5	16,2±0,3	p<0,05	17,7±0,6	p<0,05
CD 16, x10 ⁹	352±31	245±18	284±13	p>0,05	342±30	p<0,05
CD 20, %	23,08±0,84	20,4±2,19	22,1±2,1	p>0,05	22,2±1,36	p>0,05
CD 20, x10 ⁹	440±32	337±79	382±39	p>0,05	420±65	p>0,05
Ф Индекс, %	46,5±2,43	25,96±2,4	34,0±1,02	p<0,05	42,8±3,12	p<0,05
Ф Число	4,31±0,13	3,15±0,11	3,46±0,07	p<0,05	3,94±0,14	p<0,05

p₁ достоверность различий показателей у больных до лечения и после лечения циклофероном, p₂ достоверность различий показателей у больных до лечения и после лечения иммунофаном.

Выводы: таким образом, иммунофан стимулирует систему фагоцитоза и клеточного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом в более ранние сроки, не имеет побочных эффектов и хорошо переносится больными и может быть рекомендован в лечении хронического урогенительного хламидиоза.

Литература:

1. Тихонова Л.И. Дерматологическая служба России. Проблемы, поиски, решения. ИППП. - 2001. - 3. - С.28-31.

2. Айламазов Э.К. Хламидийная инфекция в акушерстве и перинатологии (диагностика, профилактика, лечение). Пособие под редакцией Э.К. Айламазова. СПб., 1995. – 365с.

3. Levine WC, Pope V, Tambe P. Increase in endocervical CD4 lymphocytes among women with nonulcerative sexually transmitted diseases. // J. Infect .Dis. – 1999. - Jan. 177(1). – С.167-74.

УДК618.33-008

СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова

КГКП «Павлодарский областной родильный дом», г. Павлодар

Резюме

Актуальность проблемы синдрома задержки внутриутробного развития плода имеет не только медицинское, но и социальное значение. Целью проведенного исследования явилось изучение частоты, диагностики, осложнений родов с синдромом задержки развития плода.

Тұжырым

ҚҰРСАҚ ІШІНДЕ АРА ҚАРАЙ ЖЕТІЛМЕУІНІҢ БЕЛГІСІ

Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова

Ұрықтың жатырышілік дамуының тоқталу синдромының өзекті мәселелері тек қана медициналық емес және әлеуметтік мағынасы бар. Өткізілген зерттеудің мақсаты жиілікті, диагностиканы және ұрықтың дамудың тоқталуы синдромы бар босанудың асқынуларын анықтау

Summary

SYNDROME INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION

Zh.B. Babasheva, L.A. Turebayeva, G.A. Khamitova

Background syndrome, intrauterine growth retardation is not only medical but also social value. The aim of the research it is exploring the frequency, diagnosis, complications of delivery with syndrome fetal growth retardation.

Развитие ребенка и здоровье взрослого человека взаимосвязаны с патологией плода и новорожденных. Нарушения, возникающие во время беременности в системе мать-плацента-плод, осложняют адаптацию ребенка к внеутробной жизни и могут привести к тяжелым неврологическим расстройствам, повышают риск интеллектуальной неполноценности, снижая качество последующей жизни. Особого внимания заслуживает проблема синдрома задержки развития плода (СЗРП), которая имеет не только медицинское, но и социальное значение. СЗРП занимает большое место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, является причиной инфекционной и соматической заболеваемости новорожденных, а также дальнейших нарушений физического и полового развития. В среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела.

Целью настоящей работы явилось изучение причин, диагностики развития СЗРП по данным областного родильного дома г. Павлодар за 2010 год.

Детей с СЗРП относят к группе риска по высокой заболеваемости и смертности, частоте поражения центральной нервной системы (ЦНС), нарушения адаптации новорожденных в неонатальном периоде, снижению функций неспецифической защиты и специфического иммунитета. Перинатальная смертность среди доношенных детей, родившихся с явлениями СЗРП, в 3–8 раз выше, чем у детей с нормотрофией, и занимает второе место в структуре перинатальных потерь после недоношенности. Перинатальная заболеваемость детей, родившихся с СЗРП, составляет 47–50%, а перинатальные потери – 65–70%. Особенно высока перинатальная смертность среди недоношенных детей с СЗРП. Перинатальная смертность у детей, родившихся с массой тела менее 2500 г при доношенной беременности, в 5–30 раз выше, чем у детей, родившихся с нормальной массой тела.

Заключение об отставании развития плода требует, согласно определению этого состояния, динамической оценки размеров плода. При этом лишь наличие точных данных о гестационном возрасте плода позволяет с уверенностью утверждать, что при данной беременности СЗРП отсутствует.

Выделяют симметричную и асимметричную формы СЗРП, разделяя их на основании различных причин и прогноза. При симметричной форме СЗРП выше вероятность наличия эндогенного дефекта который может создать препятствия для нормального развития ребенка; дети с асимметричной СЗРП более вероятно являются нормальными, но вследствие перенесенной внутриутробно нутритивной недостаточности имеют меньшие размеры. Данная классификация является недостаточно точной для того, чтобы служить основанием для выбора лечебно-диагностического вмешательства или определения жизнеспособности плода.

Этиологические факторы, приводящие к ЗВУР, можно разделить на 2 большие группы. К первой группе относятся фетоплацентарные факторы:

1. Хромосомные аномалии. Генетические нарушения являются причиной СЗРП в 10-15% случаев. Согласно данным Программы по изучению врожденных дефектов (Metropolitan Atlanta Congenital Defects Program), у 38% детей с хромосомными аномалиями имеется СЗРП.

2. Внутриутробная инфекция может являться причиной СЗРП в 10-15% случаев. Проявления внутриутробной инфекции неспецифичны и включают поражение центральной нервной системы (например, микро-

цефалия), хориоретинит и наличие внутрочерепных (перивентрикулярных) кальцинатов.

3. Плацентарные факторы - предлежание плаценты.

4. Многоплодная беременность. Причинами могут быть плацентарная недостаточность, синдром фето-фетальной трансфузии.

Ко второй группе относятся материнские факторы:

- артериальная гипертензия
- лекарственные препараты
- нарушение питания и мальабсорбция
- васкулопатии
- конституциональные особенности матери
- пол плода

При любой беременности, сопровождающейся риском СЗРП, основные исследования должны быть проведены на ранних сроках гестации. Эти исследования обязательно должны включать внимательный расчет срока беременности, не имеющих известных факторов риска. В этом случае особенно большое значение приобретает динамический контроль высоты дна матки, чувствительность которого в отношении диагностики СЗРП составляет 46-86%. УЗИ, проведенное на ранних сроках беременности, позволяет точно установить предполагаемую дату зачатия (ПДЗ) и иногда способствует диагностике генетических врожденных причин СЗРП. Антенатальная диагностика задержки внутриутробного развития плода является недостаточно точной, что связано с тем, что предполагаемая масса плода не может быть измерена непосредственно, а должна вычисляться на основании объективных параметров. Кроме определения биометрических параметров плода, УЗИ должно использоваться для диагностики маловодия у плодов, входящих в группу риска по развитию СЗРП или уже имеющих СЗРП. Снижение объема амниотической жидкости является одним из клинических проявлений СЗРП и может быть его самым первым признаком, определяющимся при УЗИ. Возникновение маловодия объясняется снижением перфузии почек плода и возникающим в результате уменьшения продукции мочи. Маловодие определяется у большинства плодов с СЗРП - 80-90%.

У плодов с диагностированным СЗРП определение скорости кровотока в артерии пуповины при помощи доплерометрии позволяет оценить вероятность неблагоприятного перинатального исхода и определить интенсивность наблюдения за состоянием плода.

Плоды с СЗРП подвержены высокому риску внутриутробных осложнений, в том числе гипоксии и метаболического ацидоза, которые могут развиваться в любом сроке беременности, однако чаще возникают во время родов, при этом у 50% плодов имеют место патологические изменения ЧСС, чаще всего вариабельные децелерации.

Младенцы с СЗРП составляют группу риска по осложнениям неонатального периода к которым относятся синдром меконияльной аспирации, эпизодическое апноэ, низкая оценка по шкале Апгар, необходимость интубации в родильном зале, судорожные припадки, сепсис, полицитемия, гипогликемия.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ случаев госпитализации в отделение патологии беременных и родильный блок областного родильного дома Павлодара за 2010г. В исследование включены 68 беременных с СЗРП. За год были изучены обменные карты, истории родов, истории развития новорожденного с СЗРП. Проведен анализ

причин развившегося состояния, возрастного состава, осложнений во время беременности и родов.

Результаты исследования. Проведенными исследованиями было установлено, что средний возраст составил $23,6 \pm 2,1$ года, среди них основное количество были первородящие 78,9%. Следует отметить, что мы выявили высокую частоту следующих осложнений: плацентарная недостаточность, гипертензионные состояния, заболевания почек, анемии, выкидыши в анамнезе, наличие вредных привычек. Все беременные регулярно наблюдались в женской консультации, у них отсутствовала тяжелая экстрагенитальная патология. У большинства беременных роды были преждевременными, диагностика состояния плода во время беременности (кардиотокография - КТГ, ультразвуковое исследование - УЗИ, доплерометрия) проводились в декретированные сроки. Все результаты инструментального обследования плодов были с патологическими изменениями.

Роды у беременных с СЗРП требуют от акушеров и неонатологов повышенной готовности к различным осложнениям и неблагоприятным перинатальным исходам. У наших пациентов преобладали роды, осложни-

вшиеся выходом мекония в амниотическую жидкость, дистрессом плода, что приводило к росту оперативных родов при СЗРП.

Проведенный анализ подтверждает - комплексное проведение вышеуказанных мероприятий, позволит своевременно выявить ухудшение состояния плода, определить стратегию ведения беременности и родов, тем самым обеспечив снижение перинатальных потерь.

Литература:

1. Алан Х.Де Черни Лорен Натан. Акушерство и гинекология. Москва «Медпресс-информ». 2008.
2. Клинические протоколы утвержденные приказом МЗ РК 239 от 07.04. 2010г.
3. Александрова З.Д. Ультразвуковая характеристика плаценты в зависимости от клинических особенностей позднего токсикоза беременных. Автореф. дис. канд. мед.наук. Л., 1990.
4. Баркова С.Н., Медведев М.В. Допплеровское исследование гемодинамики в венах плода // Ультразвук, диагн. 1998. - №1. - С.24-34.

УДК 618.3-06-084-08

НЕИНВАЗИВНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗОВ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ

С.М. Гарбузенко

КГКП «Городская поликлиника №2», г. Павлодар

Тужырым

САҚТАНДЫРУДА УЫТСЫЗДАНДЫРУ ИНВАЗИВНЫҚ ЕМЕС ЖӘНЕ ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕЛІ ГЕСТОЗДІ ЕМДЕУ С.М.Гарбузенко

Қорытынды: Гестоздар терапиясына энтеросорбция полифепанмен қосылуы зерттеулер бойынша клиника-лабораториялық көрсеткіштерін жақсартады – салмаққа қосылыстың төмендеуі, тәулік диурезінің көбеюі, несепте белок болмайды, диастолалық қысымының ерекшелігінде систоланы тұрақтандырады, жиілік жиырылуын қысқартады және интоксикацияның лейкоцитарлық көрсеткішін төмендетеді.

Түйіндеу: гестозаны емдеуде антиэндотоксиналық құрастыру құрамдас бөлігі ретінде полифепанды қолдану дәстүрлі терапиямен қатар пайдалы болуы мүмкін. Клиницистер арсеналында тиімді әдіс бар – энтеросорбция, жеңіл дәрежелі гестозаны емдеуге және сақтақтандыруға мүмкіндік береді.

Summary

NON-INVASIVE DETOXIFICATION TREATMENT IN THE PREVENTION OF MILD GESTOSIS

S.M. Garbuzenko

Summaries: According to the research, including enterosorbition by polypefan into treatment of gestational toxicosis improves clinico-laboratory indicators – decrease of the rate of weight gain, increase of daily diuresis, absence of the protein in the urine, stabilizes systolic and especially diastolic blood pressure, decreases heart rate and decreases leukocytic index of intoxication.

Conclusion: Use of polypefan as a component of anti-endotoxin treatment of gestational toxicosis could be useful along with traditional therapy. There is an effective method of treatment in the arsenal of clinicians – enterosorbition, which allows providing prophylaxis and treatment of the mild gestational toxicosis.

Актуальность. Гестоз беременных остаётся одной из самых актуальных проблем современного акушерства, оказывая неблагоприятное влияние на плод и здоровье матери. Традиционная комплексная терапия гестоза включает в себя создание лечебно-охранительного режима, диету, гипотензивную, кортикостероидную, антиагрегантную, антикоагулянтную и дезинтоксикационную терапию. При этом применение эфферентных методов (гемосорбция, плазмаферез) из-за

сложности проведения, инвазивности, высокой стоимости, наличие ряда противопоказаний могут быть использованы у ограниченного количества больных, что ведёт к необходимости поиска других методов детоксикации.

Применение энтеросорбции – одного из консервативных методов детоксикационной терапии – получило широкое распространение в клинической практике. Лечебное действие энтеросорбции обусловлено прямым и

опосредованным эффектами. Прямое действие сорбента - это фиксация и выведение из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) бактериальных токсинов, эндогенных продуктов секреции и гидролиза, биологически активных веществ (нейропептидов, простагландинов, серотонина, гистамина), сорбция патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и вирусов, связывание газов. Опосредованное действие – ослабление или устранение токсико-аллергических реакций, профилактика эндотоксикоза, снижение метаболической нагрузки на органы экскреции и детоксикации, коррекция процессов обмена веществ, восстановление целостности и проницаемости слизистых оболочек, улучшение кровоснабжения, стимуляция моторики кишечника.

Лечебный эффект сорбента достигается за счёт физико-химических свойств сорбирующего вещества, способного связывать и выводить из организма токсические продукты. Поэтому с целью снижения уровня интоксикации у беременных с гестозом в качестве детоксикационной и сорбционной терапии мною выбран энтеросорбент полифепан.

Полифепан – препарат растительного происхождения, получаемый из гидролизованного лигнина. Связывает различные микроорганизмы, продукты их жиз-

недеятельности, токсины экзогенной и эндогенной природы, аллергены, ксенобиотики, тяжёлые металлы, радиоактивные изотопы, аммиак, двухвалентные катионы и способствует их выведению через ЖКТ. Оказывает энтеросорбирующее, дезинтоксикационное, противодиагностическое, антиоксидантное, гиполлипидемическое и комплексобразующее действие. Компенсирует недостаток естественных пищевых волокон в пище человека, положительно влияя на микрофлору толстого кишечника и на неспецифический иммунитет.

Материалы и методы. Всего под наблюдением находились 92 беременных с гестозом, они составили первую группу. Во второй контрольной группе 25 соматически и гинекологически здоровых женщин с неосложнённым течением беременности в возрасте от 19 до 33 лет. В ходе исследования у беременных первой группы использовали сорбент полифепан. Препарат назначали внутрь в виде суспензии в суточной дозе 150-180 мг/кг массы тела в течении 20-25 дней. С целью изучения особенности влияния энтеросорбента на эффективность комплексной терапии гестоза был проведён анализ клинико-биохимических показателей представленных в таблице:

Таблица. – Анализ клинико-биохимических показателей.

Показатель	До применения полифепана	После применения	Контрольная группа
ЧСС	88-90 в мин.	80-82 в мин.	78-80 в мин.
АД систолическое	120+-12	100+-10	110+-8
диастолическое	92+-8	76+-5	75+-6
Гематокрит	35-37 г/л	32-34 г/л	35-36 г/л
Гемаглобин	112+-10 г/л	115 г/л	116 г/л
Лимфоциты	19 %	22-26 %	20-24 %
Общий белок	60-62 г/л	62-63 г/л	64 г/л
Тромбоциты	190+-10.10/9	210+-10.10/9	220.10/9
Протромбин	105+-6 %	96+-8,2 %	100 %
Фибриноген	4,4 +-0,7 г/л	3,9+-0,5 г/л	4,2+-0,5 г/л
Креатинин	0,06+-0,01 ммоль/л	0,038+-0,01 ммоль/л	0,05+-0,01 ммоль/л
Мочевина плазмы	5,8+-1,2 ммоль/л	3,2+-1 ммоль/л	6 ммоль/л
Белок в моче	0,5+-0,2 ммоль/л	0-0,033 ммоль/л	0,033 ммоль/л
Суточное количество мочи	650-800мл/сут	1080-1500 мл/сут	1200 мл/сут
Прибавка в весе за неделю	600-750 грамм	250-320 гр	=300 гр
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации.	1,5+-0,1	1,1+-0,2	1,2

Выводы: Согласно исследованиям включение энтеросорбции полифепаном в терапию гестозов улучшают клинико-лабораторные показатели – снижение прибавки в весе, увеличение суточного диуреза, отсутствует белок в моче, стабилизирует систолическое и в особенности диастолическое давление, урежает частоту сокращений и снижает лейкоцитарный индекс интоксикации.

Заключение: Использование полифепана в качестве компонента антиэндотоксиновой составляющей лечения гестоза может быть полезно наряду с традиционной терапией. В арсенале

клиницистов есть эффективный метод - энтеросорбция, который позволяет проводить профилактику и лечение лёгкой степени гестоза.

Литература:

1. Ветров В.В. Гестоз и эфферентная терапия. - Санкт-Петербург. - 2000. - С. 12-20.
2. Лужникова Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов. - Москва. - 2001. - С. 75-78.
3. Лысенков С.И. Неотложные состояния. - Майкоп. - 2001. - С. 295-320.