

дии реконвалесценции. Контрольная группа состояла из 42 практически здоровых людей. В группу исследования вошли 67 пациентов с осложненной формой гриппа. В том числе 26 мужчин и 41 женщина в возрасте от 16 до 74 лет. Диагноз был установлен на основании совокупности эпидемиологических, клинико-лабораторных и рентгенологических данных. Среди осложнений преобладали пневмонии [52] и бронхиты [15]. У 35 заболевание протекло в среднетяжелой форме, у 32 в тяжелой форме. У больных с постгриппозной пневмонией долевую пневмонию выявили у 27 больных, очаговую у 16, интестинальную у 9. Исследование уровня среднемолекулярных пептидов в плазме крови проводилось скрининговым методом В.В. Николайчика [1991] в модификации М.И.Габриловича [1997-1998].

В период разгара заболевания, на пике клинических проявлений эндогенной интоксикации, отмечено достоверное увеличение содержания среднемолекулярных пептидов в плазме крови с максимальным значением в этом периоде. Если в дальнейшем, у больных неосложненным гриппом, с уменьшением синдрома эндотоксикоза снижался уровень среднемолекулярных пептидов в плазме крови, то при присоединении вирусно-бактериальных осложнений (пневмония, бронхит) уровень среднемолекулярных пептидов сохранялся на достаточно высоком уровне, хотя и меньшем нежели в острый период. В большинстве случаев наблюдалось повторное возрастание уровня среднемолекулярных пептидов в плазме крови, которая соответствовала по времени высоте клинических проявлений постгриппозной вирусно-бактериальной пневмонии.

Нормализация уровня среднемолекулярных пептидов в плазме крови при постгриппозной пневмонии в отличие от неосложненного течения гриппа наступала в период поздней реконвалесценции, т.е. через 1-3 месяца после выписки.

Таким образом, при изучении показателей среднемолекулярных пептидов в плазме крови у больных с осложненным течением гриппа, выявлен постоянно высокий уровень среднемолекулярных пептидов в плазме крови вплоть до периода ранней реконвалесценции включительно.

Изучение влияния вихревого магнитного поля на клетки рака легкого

Голубцов В.И., Бахмутский Н.Г., Мороз А.Н.,
Бодня В.Н

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Изучено противоопухолевое влияние вихревого магнитного поля (ВМП), генерируемого установкой «Магнитотурботрон», на клетки рака легкого человека. Культивирование опухолевых клеток производилось в диффузионных камерах, в которые помещали кусочки ткани (толщиной 0,3 мм диаметром 2 мм и объемом 0,9 - 1,0 мм³), взятые из биоптата опухоли больного. Диффузионные камеры с трансплантатом имплантировали в брюшную полость крысам Wistar.

Через 24 часа после введения диффузионных камер животных опытной группы ежедневно в течение 10 суток подвергали воздействию ВМП, (частота вращения 100 Гц, индукция 3 мТ, экспозиция – 3 часа). Животные контрольной группы в течение этого времени находились в камере имитированного индуктора без ВМП.

По окончании эксперимента камеры извлекали из брюшной полости опытных и контрольных животных, фильтры с растущими культурами клеток фиксировали и окрашивали гематоксилином Караччи. Цитологические препараты изучали световой микроскопией. Противоопухолевое воздействие ВМП оценивали по индексу эффективности сфероидообразования (СфО) опухолевыми клетками, их пролиферативной активности и спектру патологических митозов, индексу апоптоза.

Установлено, что ВМП тормозит сфероидообразование (индекс СфО равен 65,4%), а также вызывает снижение митотической активности опухолевых клеток. Митотический индекс в опыте был равен $19,68 \pm 2,59\%$ при $24,31 \pm 3,97\%$ в контроле ($p \leq 0,05$). Выявлено нарастание патологических митозов, таких как отставание хромосом и фрагментов в метафазе, мосты, рассеивание хромосом и фрагментов, многоплюсные митозы, К – митозы, которые ведут к гибели клетки. Наряду с этим ВМП индуцировало апоптоз в опухолевых клетках. Индекс апоптоза в опыте был равен $4,97 \pm 0,47\%$, в контроле $0,78 \pm 0,11\%$ ($p \leq 0,05$).

Таким образом, установлено, что ВМП обладает выраженным свойством избирательного воздействия на опухолевые клетки в эксперименте *in vivo*, не только вызывая изменение пролиферативных процессов, но и индуцируя в них апоптоз, что является основным фактором регрессии самой опухоли.

Варианты молекулярно-генетического полиморфизма муковисцидоза у больных в Краснодарском крае

Голубцов В.И., Рукавичкин Д.В., Шадрин С.А.
*Краснодарский краевой научно-исследовательский
медицинский центр, Кубанская государственная
медицинская академия, Краснодар*

Муковисцидоз (кистозный фиброз) — частое моногенное заболевание, характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем и имеющее обычно тяжелое течение и прогноз.

Ген, связанный с развитием муковисцидоза (МВ), был картирован в 1989 г. Он состоит из 27 экзонов и охватывает 250000 пар нуклеотидов, расположенных в середине длинного плеча 7-й хромосомы. На сегодняшний день выделено более 1000 мутаций гена, ответственных за развитие симптомов МВ.

Методом двух мультиплексных полимеразно цепных реакций (ПЦР), путём анализа длин амплифицированных фрагментов и гетеродуплексов, и рестрикцией на электрофорезе, была проведена ДНК-диагностика генотипических вариантов муковисцидоза у больных и родственников на наличие 11 наиболее частых мутаций генов МВ (del 21 kb, ΔF508,

ΔI507, 1677delTA, 2143delT, 2184insA, 394delTT, 3821delT, G542X, W1282X, N1303K). Выделение ДНК и ПЦР проводили по стандартной методике.

Обследовано 49 человек (29 семей),отягощённых муковисцидозом, из них 29 фенотипических больных и 20 родственников (родители, братья и сёстры). У 51,7% обследованных установлена мутация ΔF508 равная, что соответствует литературным данным о средне-популяционной частоте этого мутантного гена в России (53,5%) (Капранов Н.И. и др., 2000г.). По результатам дифференцировки генотипов и характера мутаций определено: гетерозиготы ΔF508 составили 72%, гомозиготы ΔF508 – 12%, гетерозиготы del21kb – 8%, 2143delT – 4% и компаундное состояние (del21kb/2143delT) – 4%.

Проведён коррелятивный анализ между мутацией ΔF508 и клинико-фенотипической картиной больных. Мутация ΔF508 обнаружена у больных со смешанной формой муковисцидоза – 33,4%, с преимущественным поражением органов дыхания – 47,5%, с преимущественным поражением органов желудочно-кишечного тракта – 19,1%. У больных с легочной формой муковисцидоза в 65,7% случаев зарегистрирована хроническая двусторонняя пневмония в фазе обострения и дыхательная недостаточность 1-2 ст.; у больных с кишечной формой муковисцидоза в 43,4% случаев реактивный гепатит и хроническая панкреатическая недостаточность.

Территориальной приуроченности мутантных генов в административных районах и регионах края не выявлено.

Эффективность офлоксацина в комплексном лечении обострения хронического сальпингофорита

Горностаева И.Н., Хрипунова Г.И.

*Саратовский военно-медицинский институт МО РФ,
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов*

Хронические сальпингофориты являются актуальной медицинской и социальной проблемой, поражают преимущественно женщин репродуктивного возраста и характеризуются трудностью выявления этиологического микробного фактора, недостаточной эффективностью лечения и высоким риском формирования бесплодия. В современных условиях отмечается возрастающая роль хламидийной инфекции в формировании патологии репродуктивного тракта женщины, а также частое сочетание хламидиоза гениталий с инфицированием возбудителями других урогенитальных инфекций.

Цель настоящего исследования состояла в установлении эффективности офлоксацина в комплексной терапии женщин с обострением хронического сальпингофорита.

Под наблюдением находились 69 женщин с обострением хронического сальпингофорита, основным этиологическим фактором которого являлась сочетанная хламидийная инфекция. Диагноз устанавливался на основании анамнестических, клинических, лабораторных данных, ультразвукового исследования.

У 28 пациенток наблюдалась типичная картина обострения хронического процесса (I-ая группа). 41 случай протекал со стертой клинической симптоматикой (II-ая группа).

Пациенткам с типичной картиной обострения ХСО этиологическое лечение начиналось до получения результатов углубленного микробиологического и вирусологического исследования с внутривенного введения офлоксацина в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, а затем оральный прием офлоксацина по 400 мг 2 раза в сутки в течение 15 дней. Продолжительность антибактериальной терапии в течение 20 дней определялась необходимостью перекрытия 6-8 циклов репродукции хламидий. Кроме того, у пациенток I-ой группы при выраженных признаках интоксикации проводилась дезинтоксикационная терапия. Лечение пациенток II группы со стертой клинической картиной обострения хронического сальпингофорита начиналось с повышения неспецифической резистентности организма иммуномодуляторами: 12,5 %-ный раствор циклоферона по 2 мл на 1, 3, 5, 7 и 9 день внутримышечно и одновременного назначения физиопроцедур - ультразвуковая терапия в импульсном режиме и магнитотерапия с двухдневным интервалом 10 дней. Этиотропная антибактериальная терапия у 22 пациенток с активной формой хламидиоза начиналась с третьего дня лечения назначением офлоксацина по 400 мг 2 раза в сутки per os в течение 21 дня. Для обеспечения должной эффективности в отношении трихомонад, анаэробных бактерий, таких как бактерии и клостридии, и анаэробных кокков в схему терапии обострения ХСО в обеих группах включали флагил по 500 мг трехкратно в сутки в течение недели с первого дня лечения. Пациенткам I и II групп проводилась иммуномодулирующая терапия, назначались протеолитические ферменты, осуществлялось физиотерапевтическое лечение, коррекция биоценоза влагалища. Интересно, что кандидоз, как осложнение лечения хламидиоза, развился только у одной пациентки. Поэтому назначение антифунгальных препаратов в общей схеме лечения мы считаем нецелесообразным. Данные препараты принимали только пациентки, у которых при первичном микробиологическом исследовании обнаружены грибы рода Candida.

Клиническую и микробиологическую эффективность лечения оценивали в три этапа: в стационаре после окончания курса терапии, через 4-6 недель после завершения терапии и через 6 месяцев после окончания лечения при отсутствии желанной беременности. В обеих исследуемых группах получен 100 % клинический эффект, бактериологическая эффективность в отношении хламидий составила 96,4 % и 95,1 % в I и II группах соответственно. Использованная нами трехэтапная оценка эффективности лечения ХСО позволяет достичь клинико-лабораторной ремиссии и тем самым улучшает качество жизни женщин.