

варьировать скорость обучения сети. Принципы функционирования нейросети соответствовали традиционным: подготовка и ввод входных параметров, обучение сети, формирование выходных классов, тестирование системы. Настраиваемые параметры нейросети, обеспечивающие оптимальное обучение были следующие: погрешность вычислений равная или менее 0,001, значение коэффициента крутизны дискриминантной функции равное 3,0; величина шага обучения составила 0,5; число тактов обучения не менее 600; количество скрытых слоев нейронов равно 1.

Полученные результаты показали, что у больных ишемической болезнью сердца с сочетанной гиперхолестеринемией при лечении статином (вазилип 20 мг/сут) гипохолестеринемический эффект 42% ($p < 0,05$) возможен в 39% случаях при наличии более 2-х факторов риска, а снижение холестерина всего лишь на 6% ($p < 0,05$) - в 6,8% случаях.

Таким образом, прогноз гиполипидемического эффекта у больных ишемической болезнью сердца является важным этапом, позволяющим определять тактику терапевтических мероприятий.

Работа представлена на научную заочную электронную конференцию «Приоритетные направления развития науки, технологий и техники» по направлению «Медицинские технологии» (15-20 марта, 2004 г)

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕОМА СПЕРМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ТРИХОМОНОЗЕ

Махмудова А. М., Николаев А. А., Выборнов С. В., Луцкий Д. Л.

Кафедра общей и биоорганической химии Астраханской государственной медицинской академии и Центр планирования семьи и репродукции с медико-генетической консультацией, Астрахань

Заболеваемость трихомонозом в России (по данным МЗ) составляет в среднем 300 человек на 100 тысяч населения, а в отдельных регионах свыше 500 человек на 100 тысяч населения. Наряду с постоянным ростом заболеваемости наблюдается тенденция изменения клинической картины этого заболевания, как у мужчин, так и у женщин [Дмитриев Г. А., 2003], что в сочетании с часто сопровождающими хроническом течении нарушениями репродуктивной функции [Николаев А. А. и др., 2002], делает трихомоноз серьёзной медико-социальной проблемой. Нами было предпринято изучение протеома спермы при хроническом урогенитальном трихомонозе. Всего было исследовано 42 образца спермы (14 здоровых доноров и 28 больных хроническими уретритами и уретропростатитами трихомонадной этиологии из них у 8 была выявлена субфертильность). Для выявления *Trichomonas vaginalis* применяли реакцию непрямой иммунофлуоресценции (диагностические наборы «Трихо-Скан», ООО «БТК ЛАБдиагностика», Россия) с последующей верификацией культуральным методом на двухфазных питательных средах (фирма «BIO-RAD», США-Франция и разработанной нами (Бойко О. В.,

Николаев А. А., Бойко А. И., Плосконос М. В., Луцкий Д. Л., Гудинская Н. И. Питательная двухфазная среда для выделения трихомонад. – Заявка на изобретение №2003135559(038175), приор. от 05.12.2003 г.). Для оценки функционального состояния репродуктивной системы проводили расширенный анализ спермограммы по описанным ранее методам [Николаев А. А. и др., 1999, 2002, Луцкий Д. Л. и др., 1999]. Для исследования протеома был выбран метод электрофореза в агаровом геле и в ПААГ. Для повышения точности анализ полученных электрофореграмм после их конвертации в цифровой формат проводили с использованием специализированной программы «ПН5108» (Ефимов Т. В., Луцкий Д. Л., Николаев А. А., Плосконос М. В. Программа для ЭВМ «ПН5108». – Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №2003612170, от 17 сентября 2003 г.). Протеом спермы при хроническом урогенитальном трихомонозе отличался рядом особенностей по сравнению с протеомом контрольных образцов спермы доноров. Наиболее существенной особенностью при хроническом трихомонозе явилось резкое снижение в протеоме спермы количества белков с электрофоретической подвижностью преальбуминов, а в ряде случаев (21,4 %) их полное отсутствие. Причем все образцы, в которых не выявлялась фракция преальбуминов, были получены от больных хроническим трихомонозом, осложненным субфертильностью. В группе больных хроническим трихомонозом, осложненным субфертильностью, отсутствие белков с электрофоретической подвижностью преальбуминов наблюдалось в 75,0 % случаев (у 6 из 8 пациентов).

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Плиева М.А., Басиева О.З., Мирзаева А.К., Габараева Л.Н.

Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

Тщательный анализ анамнеза и данных обследования больных бронхиальной астмой (БА) позволяет объективно оценить особенности формирования такой патологии и морфофункциональных нарушений, определить план терапии и прогноз заболевания. Важно знание возраста, когда впервые развивались симптомы БА, какая терапия проводилась в течении последующих лет, ее переносимость, достигаемая эффективность, появление осложнений и др. Имеет практическое значение влияние в течение жизни больного астмой различных факторов риска окружающей среды (экологических, производственных, бытовых и др.) Практически необходимо также определение сроков присоединения различных сопутствующих болезней и вредных привычек, значительно затрудняющих терапию БА. В возрастном аспекте обследовано 128 больных. По возрасту их распределение было следующим: 15-20 лет – 38,21-30 лет – 28,

31-50 лет – 26, 51-60 лет – 20 и 61-70 – 16 больных. Многосторонними исследованиями инфекционно-зависимая астма (ИБА) установлена у 56 больных (35 мужчин, 21 женщина), атопическая (АБА) – у 48 (37 и 11 соответственно). При этом был выявлен ряд закономерностей. Так, заболевание началось в детском и подростковом возрасте у 35 больных АБА и у 22 ИБА, в то время как в среднем и более старшем возрастах – в 13 АБА и у 34 ИБА. У больных АБА легкое течение установлено в 9 случаях, средней тяжести – в 26 и тяжелое – у 13. При ИБА легкое течение астмы было у 1, средней тяжести – у 22 и тяжелое – у 33 больных. Гормонозависимость имела у 7 больных АБА в возрасте 30-52 лет и у 22 больных ИБА в возрасте 33-62 лет. В клинике с участием квалифицированных специалистов были установлены следующие сопутствующие заболевания: сезонный и круглогодичный ринит или риносинусит у 30 больных АБА (в возрасте до 30 лет у 23) и у 16 больных ИБА (в возрасте 31-67 лет у 12); заболевание гепатобилиарной системы выявлено у 6 больных АБА и у 20 при ИБА (в основном в возрасте 31-70); болезни сердечно-сосудистой системы имелись у 11 больных АБА и у 20 ИБА (в основном у лиц старше 35 лет); неврологическая патология была диагностирована у 12 больных АБА и у 18 ИБА (в основном после 35 лет). Только у 4 больных АБА и у 5 ИБА не было интеркуррентной патологии. С учетом полученных сведений и комплексного анализа показателей клинико-лабораторных, инструментальных, иммунологических и других дополнительных исследований, также имевших возрастные особенности, нами формировалась лечебная тактика на период обострения БА, с которыми больные поступили в клинику. Возрастные аспекты также учитывались при построении программы контроля астмы на последующее время.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Плиева М.А., Басиева О.З., Ясинецкая С.М.,
Саккаева Е.Ю.

*Северо-Осетинская медицинская академия,
Владикавказ*

Аллергически ринит (АР) занимает значительный удельный вес среди заболеваний верхних дыхательных путей. Значительное распространение АР получил в последнее десятилетие. Среди населения различных регионов России такая патология встречается до 10% (Хаитов Р.М., Ильина Н.И., 2003). При АР всегда имеется аллергическое воспаление слизистой оболочки носа, сопровождающееся заложенностью носа, нарушением носового дыхания, зудом, ринореей, расстройством сна, снижением физической активности и др. Причиной развития АР является гиперреактивность на воздействие пылицы растений, бытовые аллергены, различных поллютантов, при которых развивается иммунные реакции немедленного типа с

активацией тучных клеток. В терапии сезонных и круглогодичных ринитов требуется ежедневное использование фармакологических, часто дорогостоящих препаратов, при которых нередко возникают побочные реакции, а при длительном их использовании могут возникать осложнения (атрофия слизистой, нарушение обоняния и др.). С целью повышения эффективности лечения в комплексную терапию АР нами включается трансназальное лазерное воздействие (ЛВ), которое оказывает выраженный противовоспалительный эффект, улучшает микроциркуляцию, снижает тканевой отек, способствует коррекции локальных иммунологических нарушений. Такой вид лечения применен у 75 больных в возрасте 15-75 лет. Среди них 42 больных мели сезонную, а 33 - круглогодичную форму АР. Для ЛВ применяли аппараты с красным лазерным излучением (Биолаз, Алок -1). ЛВ проводилось в постоянном режиме мощностью 5 мВт на торце излучателя. С помощью монолитного световода производилось ЛВ через носовой ход по 2 мин с каждой стороны. С учетом биоритмов организма процедуры отпускались в утренние часы. Курс лечения состоял из 8-10 процедур. На второй-третьей процедуре у 36% больных отмечалось кратковременное обострение проявлений АР, что расценивалось как эффект повышенной реактивности. После 6-8 процедур больные отмечали значительное снижение блокады носовых ходов, прекращение ринореи, зуда, чихания и т.д. Содержание эозинофилов в отделяемом из носа и в периферической крови снижалось или нормализовалось в 68%. Применение ЛВ позволило снизить дозу ранее применявшихся антигистаминных препаратов (41%), а в остальных случаях полностью от них отказаться. Осложнений при проведении лазерной терапии и в последующем периоде не отмечено. Следует также отметить положительный эмоциональный эффект применения такого неинвазивного метода. Как правило, всем больным рекомендовалось использовать лазерный метод перед периодом пыления растений и перед неблагоприятными сезонами года.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

БРУЦЕЛЛЕЗ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Попов П.Н. Павлова О.М.

Ставрополь

В России проблема бруцеллеза продолжает быть актуальной, особенно для регионов с развитым животноводством (Северо-Кавказский, Поволжский, Восточно-Сибирский). На эти территории приходится до 90 % общей заболеваемости людей бруцеллезом в РФ. Так, на территории Ставропольского края заболеваемость бруцеллезом в 10 – 15 раз выше общероссийской.

Нами проведен анализ клинического течения бруцеллеза у 130 больных, находившихся на лечении в краевом бруцеллезном центре г. Ставрополя в 2002 – 2003 годах. Острый бруцеллез диагностирован у 43, хронический у 87 больных. Возраст больных колебался