

шением продукции и рецепции интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-2). Поток современной иммунологической информации способствует тому, что многие исследователи заинтересованы в изучении гуморальных и клеточных факторов неспецифического иммунитета (фагоцитарного звена иммунитета). При моделировании перитонита в эксперименте появляется возможность изучить влияние лекарственных препаратов на течение воспалительного процесса в брюшной полости и проследить изменения фагоцитарной активности нейтрофилов.

Целью нашего исследования явилось изучение фагоцитарной активности нейтрофилов в различных экспериментальных моделях перитонита и оценка влияния рекомбинантного препарата ИЛ-2 «Ронколейкин» на фагоцитоз.

Для получения модели перитонита нами использовался метод внутрибрюшинного введения взвеси чистой культуры *St. aureus* (1 млрд. микробных тел) 20 самцам серых мышей линии СВА, весом 19-20 гр.. Было поставлено три серии опытов: 1-я серия – животные получившие взвесь *St. aureus*; 2-я серия – взвесь *St. aureus* и 1 мл 0,25% р-р «Ронколейкина» внутрибрюшинно сразу; 3-я серия - взвесь *St. aureus* и 1 мл 0,25% р-р «Ронколейкина» внутрибрюшинно через 12 часов. Контролем служили интактные животные. Оценку результатов проводили через 60 часов. Функциональная активность нейтрофилов оценивалась с использованием теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ : спонтанного и индуцированного) спектрофотометрически, с расчетом фагоцитарного резерва. Фагоцитарная активность оценивалась по индексу Райта (ИР) и индексу Гамбургера (ИГ).

В ходе эксперимента установлено достоверное увеличение функциональной активности нейтрофилов в перитониальном смыве и гомогенезате легкого ( $p < 0,05$ ) и снижение их функциональной активности в крови ( $p < 0,01$ ) в 3-й серии опытов в сравнении с интактными животными, и животными получивших взвесь *St. aureus*.

Анализируя данные эксперимента прослеживается достоверное увеличение показателей фагоцитоза ( $p < 0,01$ ) во всех сериях опыта по сравнению с контролем. При этом самые высокие показатели индекса Райта и Гамбургера зафиксированы во - второй серии опытов ( $p < 0,005$ ) с максимальным повышением в плазме крови, по сравнению с перитониальным смывом и гомогенезатом легких.

Таким образом, введение рекомбинантного препарата «Ронколейкин» сразу после заражения *St. aureus* или через 12 часов повышает функциональную активность нейтрофилов и их резервные возможности.

## ЛАКТОФЕРРИН КАК КРИТЕРИЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ

Чаплыгина Л.Н.

Медицинская академия, Ярославль

При реактивных артритах (РеА) происходит мобилизация защитных систем организма, в том числе механизмов неспецифической резистентности, к которым относится и маркер вторичных гранул нейтрофилов – лактоферрин (ЛФ).

**Цель исследования:** изучение состояния лактоферрина крови (как показателя острой фазы воспаления), фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), их изменения в зависимости от варианта течения, степени активности, длительности заболевания с учетом взаимосвязей у больных РеА. Лактоферрин крови определяли иммуноферментным методом, фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) - со стафилококком штамма 209.

Произведено обследование 15 больных реактивными артритами, среди них 66,7% мужчин и 33,3% женщин среднего возраста  $32,7 \pm 3,2$  года с длительностью заболевания  $2,5 \pm 0,8$  года. Преобладали больные с урогенитальной формой заболевания (86,7%). При использовании ПЦР-диагностики у 5 больных выявлены уреоплазмы, у 3 – микоплазмы, у 1 – хламидии. У 33,3% пациентов обнаружены антитела к хламидиям. У всех больных было выявлено достоверное увеличение содержания уровня лактоферрина (ЛФ) крови –  $860,37 \pm 248,78$  нг/мл по сравнению со здоровыми ( $309,65 \pm 11,9$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). В результате лечения антибиотиками уровень ЛФ снизился ( $750,67 \pm 192,4$  нг/мл), однако оставался достоверно более высоким, чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ). У больных с III степенью активности заболевания было зафиксировано увеличение ЛФ крови в 1,4 раза по сравнению с больными с I степенью; еще более значительное увеличение ЛФ крови было отмечено при III степени активности по сравнению со здоровыми, а именно в 5,4 раза ( $p < 0,05$ ). Вероятно у больных РеА по мере роста активности воспалительного процесса увеличивается количество ЛФ, что можно рассматривать как проявление компенсаторных реакций в реализации механизмов неспецифической резистентности организма. При остром течении заболевания было обнаружено достоверное увеличение уровня ЛФ крови по сравнению с хроническими вариантами течения заболевания ( $p < 0,05$ ). У всех больных РеА выявлено нарушение ФАН, достоверное снижение фагоцитарного индекса (ФИ) и индекса бактерицидности нейтрофилов (ИБН), степень снижения которых зависела от характера течения артрита и степени активности процесса. Так, средние показатели ФИ и ИБН были достоверно ниже при затяжном и хроническом течении по сравнению с показателями при остром течении ( $p < 0,05$ ). Фагоцитарная функция лейкоцитов достоверно снижалась по мере повышения активности воспалительного процесса: при I степени активности ФИ составлял  $71,13 \pm 4,91\%$ , при II –  $64, \pm 4,2\%$ , при III –  $48\%$ , ИБН –  $19,85 \pm 8,33\%$ ;  $14,04 \pm 5,28\%$ ;  $3,2\%$  соответственно. С помощью корреляционного анализа установлена прямая умеренная корреляционная связь

между уровнем ЛФ крови с одной стороны и показателями ФЧ, КФЧ и ИБН с другой ( $p < 0,05$ ) и обратная умеренная корреляционная взаимосвязь ЛФ и ФИ ( $p < 0,01$ ).

**Таким образом,** при реактивных артритах выявлены нарушения функциональной активности нейтрофилов: увеличение уровня лактоферрина крови, тесно связанное с активностью воспалительного процесса и вариантом течения заболевания с положительной динамикой его содержания после антибиотикотерапии; нарушение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФИ, ИБН) в зависимости от варианта течения заболевания и степени активности процесса. Следовательно, определение ЛФ крови может служить в качестве показателя активности воспалительного процесса и критерия эффективности фармакотерапии у больных РеА. Показатели фагоцитарной активности нейтрофилов информативны для дифференциальной диагностики вариантов течения заболевания.

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ, КАК ОДНОГО ИЗ ФАКТОРОВ НЕСТАБИЛЬНОСТИ БРАКА

Чекушин Р.Х.

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

Как известно, в последние десятилетия значительно снизился прирост населения в России. На это повлияли не только падение рождаемости, повышение смертности, военные конфликты, природные катаклизмы, но и увеличение числа случаев бесплодных браков. Вступление в брак наиболее часто преследует цель реализации детородной функции для продолжения вида. Невозможность рождения ребенка в семье – одно из самых тяжёлых испытаний для супругов. Российская статистика печальна: бесплодной сегодня оказывается каждая четвертая пара детородного возраста. Но и эти цифры неточны. Множество пар просто не подозревают о своём недуге, и узнают о нём лишь тогда, когда у них появляется желание иметь детей, а это “не получается”.

О бесплодии как медицинском диагнозе говорят в случае, если у пары детородного возраста, не прибегающей к контрацепции, после одного года регулярной половой жизни, не наступает беременность. За отсутствие детей в браке в равной степени ответственны и мужчина и женщина. По данным статистики, проблемы с появлением потомства в семье по причине бесплодия мужчины возникают приблизительно в 20% случаев. Столько же пар-20%-бесплодны из-за нарушения детородной функции у женщины. 53-55%-комбинированные варианты. Оставшиеся 5-7%-случаи “необъяснимого бесплодия” (когда партнёры абсолютно здоровы). Вероятными причинами такого состояния могут быть иммунологическая несовместимость, нарушение овуляции и спазм маточных труб психогенной при-

роды, бессознательный отказ от материнства. Кроме мужского и женского бесплодия, различают абсолютное, первичное и вторичное. При абсолютном – в организме женщины имеются необратимые патологические изменения, препятствующие зачатию (отсутствие маточных труб, яичников). Первичное – когда у женщины живущей половой жизнью, никогда не было беременностей, и вторичное, когда зачатие не наступает, хотя в прошлом беременности были.

В структуре причин бесплодия преобладают воспалительные заболевания гениталий, чаще всего обусловленные послеабортными осложнениями. Особенно часто бесплодие отмечается при искусственном прерывании первой беременности (по данным статистики-30%). Большой удельный вес имеют БППП (сифилис, хламидиоз, гарднереллёз). Необходимо также отметить риск-факторы, приводящие к бесплодию: курение, употребление алкоголя (среди женщин, злоупотребляющих алкоголем, первичное бесплодие встречается в 2 раза, а вторичное в 5,5 раз чаще), беспорядочная половая жизнь, увеличивающая риск инфицирования БППП, и приводящая к нежелательной беременности.

Проведенный соцпрос среди студентов ВУЗов г. Кемерово (441 чел.) позволяет говорить о раннем начале половой жизни (средний возраст-15,3 лет). 29,5% молодых людей имеют тенденцию к связям более чем с одним партнером. 42% девушек и 59,7% юношей отмечают, что выход на первый сексуальный контакт облегчает алкоголь. Естественно, что под действием “возбуждающих средств” мало, кто думает о контрацепции. При первом половом контакте 18,2% юношей и 13,7% девушек применяют какой-либо контрацептив. 64,7% опрошенных полагают, что первый половой контакт не имеет за собой риска забеременеть. Недостаточно хорошо осведомлена молодежь о путях передачи и возможных последствиях БППП. Анализируя эти данные, можно сказать, что почти у 90% подростков имеются риск-факторы, в итоге приводящие к бесплодию.

По данным юридической практики, установлено, что расторжение брака по причине отсутствия детей встречается примерно в 20% случаев. В остальных же случаях невозможность иметь ребенка является постоянным травмирующим фактором, приводит к комплексу неполноценности, снижению производственной и творческой активности. Молодёжи есть над чем задуматься!

Целью врачей и педагогов в данном направлении является правильное половое воспитание подростков, повышение уровня пропаганды ЗОЖ, привитие современных знаний о профилактике и лечении БППП, изыскание новых безвредных методов контрацепции, своевременное решение вопросов медицинской и социальной реабилитации у людей с нарушениями репродуктивной функции, разъяснение последствий прерывания беременности, обеспечение доступности генетического консультирования.