качественным миелопролиферативным заболеванием, развивающимся в результате злокачественной трансформации стволовой кроветворной клетки и характеризующимся способностью клеточных элементов к дифференцировке и созреванию, а также повышенным образованием гранулоцитов (преимущественно нейтрофилов). Вопрос о функциональной неполноценности нейтрофилов при ХМЛ затрагивался в многочисленных исследованиях; в большинстве из них отмечены как морфологические, так и функциональные дефекты, в том числе было отмечено снижение хемотаксиса, адгезии, бактерицидной активности, а также экспрессии определенных дифференцировочных антигенов. Однако на данный момент представления о степени и глубине всех этих нарушений крайне неполные, в частности, в литературе нет данных об экзоцитозной активности нейтрофилов при ХМЛ. Поэтому определенный интерес представляет сравнительная оценка экзоцитоза нейтрофилов у здоровых людей и у больных ХМЛ.

В настоящей работе объектом исследования являлись нейтрофилы, выделенные из периферической крови больных ХМЛ (в развернутой стадии заболевания). Для сравнения в качестве контроля использовали нейтрофилы периферической крови здоровых доноров. Оценку экзоцитозных возможностей проводили на фоне активационных воздействий. В качестве индукторов экзоцитоза использовали один из следующих активаторов: формил-метионил-фениллаланин (FMLF) (10^{-7} М; 10 мин; 37^0С), 4β-форбол 12-миристат 15-ацетат (PMA) (20 нг/мл; 10 мин; 37^0С) и A23187 (10^{-9} М; 5 мин; 37^0С). По окончании индукции экзоцитоза определяли уровень активности внутриклеточных ферментов: миелопероксидазы, лизоцима и щелочной фосфатазы. Эти ферменты, как известно, являются маркерами популяций азурофильных, специфических/желатиназных гранул и секреторных везикул нейтрофилов. По уровням ферментативных активностей судили об интенсивности экзоцитоза. Экзоцитозную активность выражали, как отношение количества выделенного фермента к его общему в клетке в процентах.

Результаты экспериментов показали, что в нейтрофилах периферической крови пациентов, страдающих ХМЛ уровень экзоцитоза азурофильных, специфических и желатиназных гранул по сравнению с контролем значительно снижен. Интересно, что наиболее выраженное снижение экзоцитоза внутриклеточных гранул демонстрируется при активации клеток (FMLF). Уровень экзоцитоза секреторных везикул практически не отличается от нормы.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (грант № 02-15-99427).

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕРМЫ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Овчинникова Н.Н., Силина Л.В.,
Ляшев Ю.Д., Шварц Н.Е.
Государственный медицинский университет, Курск

Розацеа – широко распространенное заболевание, поражающее лиц обоего пола трудоспособного возраста, вызывающее стойкий косметический дефект дермы в области лица, психо-эмоциональные нарушения, сопровождающееся, как правило, патологией желудочно-кишечного тракта. Поэтому внедрение эффективных немедикаментозных способов лечения розовых угрей является актуальной задачей современной дерматологической науки.

Нами была обследована группа больных, болеющих розацеа (22 человека обоего пола в возрасте от 25 до 52 лет с давностью заболевания до 20 лет) папулопустулезной формой. Больные получали терапию по традиционным методикам: антибиотики, антигистаминные средства, витамины, крема Скинорен, Далацин Т, серно-дегтярный спирт. Пациентам с нарушениями пищеварения назначали Хилак-форте. Все пациенты получали лечение озоном: непосредственное обкалывание мест высыпаний озоном по 2,0 мл в одну точку (концентрацией 8-10 мг/мл) от 6 до 8 инъекций в зависимости от величины очага со смазыванием патологических очагов озонированным маслом «Озонид» 2-6 раз в сутки. Длительность курса составила 20-25 процедур – начиная от двух раз в неделю, затем – три раза в неделю, а затем один раз в неделю в качестве поддерживающего/профилактического лечения.

Используемая нами терапия позволила добиться видимого улучшения у всех пациентов исследуемой группы. Дальнейшее применение комплексного метода способствовало закреплению достигнутого эффекта. Полная редукция высыпаний и значительное уменьшение эритемы наблюдалось у 20 больных. Со второй процедуры отмечалось уменьшение воспалительных явлений, после третьей –прекратилось появление свежих эффлоресценций, уменьшилось жжение, после четвертой – побледнели эритематозные участки кожи, эритема окончательно угасла после 6-7 процедуры, папулы стали значительно менее заметны объективно. Через 20-25 дней патологический процесс полностью разрешился. Положительным эффектом лечения следует отметить отсутствие обильной эксфолиации и чувства жжения кожи лица от применения спиртовых растворов.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности озонотерапии в комплексном лечении больных розацеа.