

активность ПОЛ, играющих в свою очередь ключевую роль в процессах оксидантного повреждения генома клеток, биологического старения, развития предпатологических и патологических изменений.

В смешанной слюне у работающих производств фенопластов с ускоренным темпом биологического старения в среднем больше на 40% содержание МДА, но снижены активность СОД на 26,4 % и фактор антиоксидантного состояния на 44,7%. Снижение активности ферментов АОЗ при увеличении содержания продуктов ПОЛ у работающих с превышением биологического возраста (БВ) над должным биологическим возрастом (ДБВ) может свидетельствовать о напряжении или наступающем истощении АОЗ организма вследствие длительного воздействия высоких уровней вредных веществ.

Активность ферментов АОЗ в сочетании с содержанием продуктов ПОЛ в биологических жидкостях может служить одним из биохимических маркеров возможности ускоренного биологического старения у работающих, подвергающихся воздействию химических веществ. Установлены прямая сильная связь (коэффициент корреляции 0,70) и обратная средняя по силе связь (коэффициент корреляции (-0,64) – (0,76), между величиной индекса БВ/ДБВ с одной стороны и содержанием МДА, активностью СОД и фактором антиоксидантного состояния в слюне работающих химических производств с другой стороны. По нашим данным определено, что биологический возраст начинает превышать календарный возраст при содержании в слюне МДА более 13,5 нмоль/мл, активности СОД менее 26,6 МЕ/мг и значении фактора антиоксидантного состояния 166

$$\frac{(ME / мг)^2}{нмоль / мл}$$

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Петров С.В., Газазян М.Г.,

Конопля А.А., Гаврилюк В.П., Конопля А.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью исследования явилось изучение нарушения цитокинового и антиоксидантного статусов и их коррекция у больных ХСО.

Под постоянным наблюдением находились 36 женщин репродуктивного возраста (17-30 лет). 1 группа (11 пациенток) получала традиционное лечение (антибиотикотерапия, анальгетики, эубиотики, трихопол). Во 2 группе (12 пациенток) женщины дополнительно получали ридостин (внутримышечно по 8 мг 4 раза с интервалом 24 часа) и эспа-липон ((600 мг внутривенно медленно, в 200 мл физиологического раствора, 10 раз через 24 часа). В 3 группе (13 пациенток) – деринат (1,5% – 5,0 внутримышечно 5 раз через 48 часов) и токоферола ацетат (100 мг внутримышечно, 10 раз через 24 часа). Всем женщинам проводилась лечебно-диагностическая лапароскопия.

Контрольную группу составили 10 здоровых доноров добровольцев.

У пациентов с ХСО, по сравнению со здоровыми донорами, установлено резкое повышение концентрации провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ИЛ-4) и малонового диальдегида (МДА) при снижении активности каталазы – одного из ключевых ферментов антиоксидантной защиты.

После проводимого традиционного лечения ни один из измененных показателей не вернулся к нормальным цифрам: лишь частично корригировалась концентрация ФНО α , ИЛ-1 β и МДА. Данный факт потребовал необходимость включения в терапию пациентов с ХСО иммунокорректоров и антиоксидантов.

Применение традиционной схемы лечения в сочетании с деринатом и токоферолом ацетатом нормализовало концентрацию ИЛ-1 β и активность каталазы и корригировало, но не до уровня здоровых доноров, содержание остальных цитокинов и МДА. Использование ридостина и эспа-липона дополнительно нормализовало концентрацию ИЛ-4 и МДА.

Таким образом, включение в комплексное лечение больных ХСО иммунокорректирующих и антиоксидантных препаратов является необходимым. При этом, сочетание ридостина и эспа-липона является более эффективным, по сравнению с деринатом и токоферолом ацетатом.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Плиева Ж.Г.

Северо-Осетинская медицинская академия, Кабардино-Балкарский государственный университет, Владикавказ, Нальчик

Бруцеллез остается актуальной проблемой для здравоохранения стран с развитым животноводством. На территории России наиболее неблагополучными по бруцеллезной инфекции являются Сибирский, Поволжский, Северо-Кавказский регионы. Последние годы в РСО-Алания ежегодно регистрируется от 5 до 15 впервые диагностированных больных бруцеллезом. Под наблюдением клиники в 2004 году находилось 55 больных различными формами бруцеллеза, в возрасте от 18 до 76 лет: 7 (12,8%) острых, 2 (3,6%) подострых, 46 (83,6%) хронических.

Острый бруцеллез у обследованных больных имел преимущественно среднюю степень тяжести. Продолжительность инкубационного периода составила 3-4 недели, продромальный период - от нескольких дней до двух недель. Больные жаловались на слабость, недомогание, снижение работоспособности, головные боли, у части больных наблюдалась выраженная, у остальных умеренная потливость. Также имели место познабливание, повышение температуры тела до фебрильных цифр, артралгии и миалгии. Температура превалировала в ночные часы и чаще наблюдался волнообразный тип лихорадки. При этом озноб, температура и потливость имели различную

длительность и выраженность, что определяло тяжесть заболевания. Объективно было отмечено: гепатомегалия у 77,7% больных, спленомегалия у 11,1% больных. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечалось приглушение сердечных тонов и брадикардия у 22,2%.

У больных подострым бруцеллезом преобладали аллергические реакции и локальные изменения в виде поражения локомоторного аппарата, ретикулогистиоцитарной, урогенитальной систем, центральной нервной системы, боли в суставах без деформации, но с ограничением активных движений. У всех больных в поясничной области и на передней поверхности голени обнаруживались фиброзиты. Характерно для всех форм бруцеллеза увеличение периферических лимфатических узлов, что обусловлено пролиферативной реакцией со стороны ретикулоэндотелиальной системы. У наблюдаемых нами больных лимфатические узлы оказались увеличенными до размеров крупной фасоли, умеренно болезненные, не спаянные с окружающей тканью. В периферической крови наблюдалась лейкопения, с относительны лимфоцитозом, СОЭ от 3 до 11 мм/час.

Серологические реакции Райта и Хеддльсона имеют важное диагностическое значение. У всех больных они были исследованы в динамике, при этом р.Райта оказалась положительной в сроки свыше двух месяцев у 7 (77,7%) больных в разведении 1:200 – 400, у 2 (22,2%) – 1:800. Реакция Хеддльсона более чувствительна, но менее специфична. У всех больных она была положительной. Реакция пассивной гемагглютинации была положительной у 8 (88,8%) с нарастанием титра к моменту ближайшей реконвалесценции.

Продолжительность заболевания варьировала от 1 до 5 лет у 22 (47,8%), свыше 6 лет у 24 (52,1%). В клинической симптоматике преобладали поражения локомоторного аппарата. Среди наблюдаемых нами больных поражения опорно-двигательного аппарата выявлены у 100% больных, при этом отмечалось более частое поражение крупных суставов – чаще тазобедренных, коленных, лучезапястных и крестцово-подвздошного сочленения. Большинство больных жаловались на боли в суставах, миалгии. Артралгии усиливались при изменении метеорологических условий, физической нагрузке, переохлаждении. Наиболее интенсивные боли возникали при сакроилеите с иррадиацией в поясницу и по задней поверхности бедра. Жалобами со стороны центральной нервной системы были: головная боль, нарушение сна, пояснично-крестцовый радикулит. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что при хронической форме бруцеллеза у всех больных имеется поражение локомоторного аппарата при острой и подострой формах заболевания – гепатоспленомегалия, гипергидроз, микрополиаденопатия.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ РАЗНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Пожарова Г.В., Гераськина М.А.

*Мордовский государственный педагогический институт,
Саранск*

Важную роль в адаптации человека к мышечной деятельности играет система гемостаза, обеспечивающая гомеостаз в измененных условиях. Изменения коагуляционно-литического потенциала крови при выполнении физической работы свидетельствуют о наличии у человека различных типов адаптации. Результаты исследования 82 здоровых мужчин позволяют сделать вывод, что способность системы гемостаза адаптироваться к физической нагрузке в определенной мере связана с конституциональными особенностями организма, в частности, с типом возрастной эволюции, определяемым по величине трохантерного индекса (Штефко В.Г., 1933).

В нашем наблюдении мышечная работа активизирует коагулирующий и фибринолитический потенциалы крови у всей совокупности обследуемых. Время свертывания крови ускоряется при нагрузке субмаксимальной мощности на 16,77%, а при умеренной практически не изменяется. Стимуляция фибринолиза цельной крови произошла при субмаксимальной работе на 7%, при умеренной – на 26,6%. Вместе с тем индивидуальные реакции гемокоагулолизиса имеют существенные различия, которые проявляются в разной степени активации свертывающих и фибринолитических потенциалов крови при воздействии физических нагрузок. При распределении испытуемых по типам возрастной эволюции оказалось, что выраженная гиперкоагулемия по времени свертывания и стимуляция фибринолиза цельной крови под влиянием предложенных нагрузок разной интенсивности (стабильный тип реакции) наблюдаются преимущественно у мужчин с высокими значениями трохантерного индекса ($ТИ = 1,95 \pm 0,01$) – представителей гипер- и нормозволютивного типов конституции. Напротив, испытуемые с низкими значениями трохантерного индекса ($ТИ = 1,91; 194 \pm 0,04$) дис- и гипозволютивного типов конституции дали нестабильную реакцию системы свертывания крови. Адекватная реакция фибринолиза на работу – его стимуляция встречается у 75% испытуемых с высоким ТИ – мужчин гипер- и нормозволютивного типов конституции; нестабильный (смешанный) и неблагоприятный ответ фибринолитической системы – у 66,67% мужчин с низкими значениями трохантерного индекса (Васильченко Г.С., 1990).

Длительное воздействие физической деятельности умеренной мощности вполне позволяет развернуться всем системам адаптации организма, используя их резервы. Субмаксимальная мышечная работа способствует срочной, почти полной, мобилизации функциональных резервов организма человека. С точки зрения сохранения гемокоагуляционного гомеостаза более оптимальную реакцию в ответ на нагрузки умеренной и субмаксимальной мощности продемонстрировали мужчины нормозволютивного типа