

Таким образом, по комплексу хозяйственно - ценных признаков выделены три перспективных образца.

По данным результатов конкурсного сортоиспытания нами был выделен селекционный образец костреца безостого З(Э-43-79), полученный методом индивидуального отбора из дикорастущей популяции Алтайского края. В 1995 году образец З(Э-43-79) передан в Государственное сортоиспытание под названием Лангепас. В 1998 году сорт Лангепас был рекомендован к использованию.

С 1997 по 2002 год перспективные селекционные образцы костреца безостого проходили экологическое

испытание на Каскаринском, Нижнее-Тавдинском и Аромашевском государственных сортоиспытательных участках. Изучались селекционные образцы 13-4-20, 15-1-41, 6-1-11, 6-3-19, 5-2-10, 8-2-56, 5-3-8, 8-4-7 и сорт Лангепас в сравнении с районированным сортом Свердловский 38.

Полученные положительные результаты позволяют сделать вывод об эффективности использования метода химического мутагенеза у перекрестноопыляющихся многолетних злаковых трав, к которым относится костреца безостый.

Медицинские науки

АНТИСЕПТИК-СТИМУЛЯТОР ДОРОГОВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гуров А.Е., Фиалкова Е.А., Гнездилова А.И.
Вологодская государственная молочнохозяйственная академия им. Н.В. Верещагина,
Вологда

Химиотерапия в современной онкологии является одним из наиболее часто применяемых компонентов лечения, однако она вызывает тяжелые побочные эффекты и снижает качество жизни больных. С целью повышения эффективности профилактики всех основных осложнений химиотерапии, а именно: миелотоксичности, анемии, тошноты и рвоты и восстановления «биологического равновесия» организма во время химиотерапии и после нее, предлагается использовать малые дозы биогенного стимулятора АСД-ф2 с добавлением новокаина по методу А.Е. Гурова.

Такой способ профилактики осложнений химиотерапии при онкологическом заболевании был апробирован на пациентах-добровольцах в течение 10 лет с 1995 года по 2005 год, причем подавляющее большинство обратившихся за помощью имели солидные опухоли с метастазами.

Например, пациентка Е., 1961 г.р. имела диагноз: специфический плеврит справа до пятого – четвертого позвонков сзади, деструкция легкого справа, метастазы в легкое справа, метастазы в кости таза. После химиотерапии состояние пациентки резко ухудшалось, она с трудом передвигалась, волосы выпали. С февраля 2000 года пациентка начала профилактику осложнений химиотерапии по методу А.Е. Гурова. В результате состояния улучшилось, волосистой покров восстановился. Анализы крови, по данным химиотерапевтического отделения Вологодского онкологического диспансера, после каждого курса химиотерапии, проводимой совместно с профилактикой по предлагаемому методу, приведены в таблице.

Таблица 1. Данные исследования

Показатели	Норма (ж)	Дата												
		03.10.00.	12.10.00.	19.10.00.	23.10.00.	13.11.00.	16.11.00.	20.11.00.	11.01.01.	15.01.01.	29.01.01.	01.02.01.	05.01.01.	26.10.01.
Гемоглобин	110-140	148	133	138	136	142	151	143	131	118	110	130	119	115
Эритроциты	3,8-5,8	4,58	4,52	4,28	4,54	4,57	4,55	4,42	4,43	3,98	3,6	3,93	3,95	3,6
Тромбоциты	180-320	298	-	-	-	233		309						
Лейкоциты	4-9	7,5	6,2	3,4	1,0	4,9	9,35	4,7	3,5	16,2	4,25	6,2	3,0	6,2

Все пациенты, совмещающие химиотерапию с предлагаемым способом профилактики, переносят химиотерапию удовлетворительно, сохраняют, или сразу после курса химиотерапии восстанавливают работоспособность. Показатели крови после химиотерапии остаются в норме, или имеют незначительные отклонения от нормы. Рвота во время химиотерапии

отсутствует, а тошнота прекращается сразу по окончании курса химиотерапии. Волосистой покров, потерянный во время традиционной химиотерапии (проводимой без сопутствующей ей профилактики осложнений по предлагаемому способу), восстанавливается через некоторое время после введения предлагаемой профилактики.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУБКЛАССОВ IGG В
СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ В
АКТИВНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Дегтярев О.В., Дячина М.Н., Терентьев А.А.

ГОУ ВПО АГМА «Росздрава»,

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава»,

Астрахань,

ГОУ ВПО РГМУ, Москва

Лепра - хроническое заболевание, характеризующееся широким иммунологическим спектром: больные с туберкулоидным типом имеют выраженный клеточный иммунитет, в то время как пациенты с лепроматозным типом заболевания отличаются его явной недостаточностью и повышенным, по сравнению с нормой, уровнем иммуноглобулинов [Sheela R. et al., 1995], среди которых доминирует IgG класс.

Научная информация о спектре антител этого класса у больных лепрой крайне немногочисленна и противоречива. Одни авторы считают, что антительный ответ доминирующего класса иммуноглобулинов обеспечивается тремя из 4 изоформ – JgG₁, JgG₂, JgG₃ независимо от Т-клеточной активности [Dhandayutharani S. et al., 1992; Hussain R. et al., 1994, 1995]. Другие, напротив, установив разницу в распознавании антигенов M. leprae иммуноглобулинами субклассов IgG₁ и IgG₃ при полярных формах - TT и LL, их продукцию связывают с дифференцированной Т-клеточной активностью [Sheela R. et al., 1995; Snapper G.M. & Mend J.J., 1993].

Учитывая малоизученность данного вопроса и, предполагая, что отдельные изоформы иммуноглобулинов IgG класса могут являться одним из критериев излеченности специфического процесса и прогнозирования его возможной активации, мы поставили перед собой задачу исследовать спектр иммуноглобулинов IgG типа у больных лепрой, находящихся в активной стадии заболевания.

Материалы и методы

Нами в ИФА были исследованы в динамике образцы сывороток крови от 18 пациентов лепроматозным типом лепры в активной стадии заболевания, получающих лечение в клинике НИИ по изучению лепры г. Астрахани. Для определения референтных величин оптического сигнала изучаемых показателей была исследована кровь от 850 здоровых доноров, не имевших контакта с больными лепрой.

Для ИФА за основу был взят непрямой вариант иммуноферментного анализа для определения антител в сыворотке крови [Воллер А. и соавт., 1977]. В качестве специфических антигенов применяли синтетический DiS-BSA (дисахарид – полусинтетический аналог фенольного видо-специфического антигена M.leprae, конъюгированный с бычьим сывороточным альбумином) и нативные (протеиновые) УЗД M.leprae (ультразвуковой дезинтеграг M.leprae) и УЗД M. lufu (ультразвуковой дезинтеграг M.lufu) [Дегтярев О. В., 2005].

В исследованиях использовали коммерческие очищенные моноклональные мышинные античеловеческие иммуноглобулины, конъюгированные с пероксидазой хрена фирмы ICN: изоформ JgG₁ клон (HP 6069); изоформ JgG₂ клон (HP 6017); изоформ JgG₃ клон (HP 6047); изоформ JgG₄ клон (HP 6025) в скрининг-титре 1 : 400. Величину оптического сигнала определяли на фотометре Униплан АО «Пикон» (Россия) при длине волны 492 нм. Данные обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Исследование сывороток крови доноров позволило нам выявить интервалы колебаний концентрации иммуноглобулинов субкласса IgG и их средний уровень у здоровых людей, не имевших контакта с больными лепрой, который был принят нами за норму (табл.1).

Таблица 1. Уровень продукции иммуноглобулинов субкласса IgG у здоровых лиц.

Субклассы IgG	Показатели оптической плотности уровня АТ в ИФА на антигены:			
	DiS- BSA		УЗД M.leprae, УЗД M.lufu	
	Интервалы колебаний	М± м, n=850	Интервалы колебаний	М± м, n=850
IgG ₁	0,05-0,20	0,13 ± 0,0008	0,05 - 0,25	0,15±0,001
IgG ₂	0,01-0,15	0,09±0,0006	0,01-0,20	0,095±0,001
IgG ₃	0,01 -0,20	0,095±0,001	0,05 - 0,25	0,15±0,001
IgG ₄	0,00-0,15	0,075±0,008	0,00-0,18	0,09±0,001

Анализ результатов, полученных при исследовании сывороток крови пациентов, находящихся в активной стадии заболевания показал, что спектр антительного ответа по подклассам иммуноглобулинов у этих больных гетерогенен и коррелирует с клинической симптоматикой и бактериальной нагрузкой. Так, у семи пациентов в сравнении со здоровыми донорами выявлено значительное увеличение концентрации иммуноглобулинов субкласса IgG₁: на DiS-BSA - до 0,70 (M = 0,49 ± 0,006, t = 6,0, p < 0,01); на протеино-

вые антигены 0,80 (M = 0,53 ± 0,008, t = 2,77, p < 0,05) единиц оптической плотности (ОП). Уровень IgG₂ на оба антигена у них практически приближался к норме и был равен для DiS-BSA – 0,01-0,18 (0,095 ± 0,03; t = 0,03), для протеиновых антигенов – 0,10 - 0,25 (0,175 ± 0,03; t = 0,47). IgG₃ у этой группы больных был стабильно повышен ко всем использованным нами антигенам: для синтетического ОП составила 0,30-0,90 (0,6±0,009; t=4,2; p < 0,01), для протеиновых – 0,22-0,50 (0,46 ± 0,008; t =3,57; p < 0,01). Эти семеро паци-