

– ниже. Эти показатели связаны с медико-социальными особенностями (типами) семьи, определяющими образ жизни ее членов.

2. Низкий МСИС у пациентов с МС может рассматриваться и как причина формирования синдрома на ранних этапах эволюции семьи, и как его следствие, в дальнейшем становясь причиной «порочного круга».

Список литературы

1. Авксентьева, М. Семья и болезнь / М. Авксентьева // Врач. – 1993. – № 1. – С. 39.
2. Головской, Б. В. Семейные факторы риска артериальной гипертензии и ее осложнений / Б. В. Головской, Я. Б. Ховаева, Ю. А. Кабирова // Вестник семейной медицины. – 2008. – № 7. – С. 195–196.
3. Денисов, И. Н. Место семейного врача в структуре первичной медико-санитарной помощи / И. Н. Денисов, А. В. Иванов, Л. А. Берестов и др. // Врач. – 1995. – № 3. – С. 34–36.
4. Денисов, И. Н. Организационно-методические основы общей врачебной семейной практики : учебно-методические рекомендации / И. Н. Денисов, Д. И. Кича, А. Р. Белявский и др. – Ханты-Мансийск : Полиграфист, 2008. – 36 с.
5. Кича, Д. И. Научное обоснование комплексной программы медико-социальной оценки здоровья и потребности семьи как пациента службы первичной медико-социальной помощи : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д. И. Кича. – М., 1995. – 37 с.
6. Корхова, И. В. Индивидуальное здоровье и определяющие его факторы / И. В. Корхова // Семейное благополучие и здоровье : проект «Таганрог три с половиной» : в 2 т. / отв. ред. Н. М. Римашевская. – М. : Изд-во Ин-та социально-экономических проблем и народонаселения РАН, 1997. – Т. 1. – С. 85–112.
7. Решетников, А. В. Социология медицины : введение в научную дисциплину / А. В. Решетников. – М. : Медицина, 2002. – 975 с.
8. Чуднов, В. П. Опыт применения медико-социального паспорта семьи в первичном звене здравоохранения / В. П. Чуднов, Н. В. Купряшина // Главврач. – 2006. – № 9. – С. 31–36.
9. Hamm, H. Allgemeinmedizin : ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Studium und Weiterbildung ; mit Handlungsleitwegen und Prüfungsbeispilen / H. Hamm. – 4 aufl., neubearb. u. erv. – Stuttgart [u. a.] : Thime, 1988. – 434 s.
10. Lewis, J. M. No Single Thread: Psychological Health in Family Systems, 2nd ed. / J. M. Lewis, W. R. Beavers, J. T. Gossett, V. A. Phillips / New York: Brunner end Mazel, 1976. – 260 p.
11. Moerchel, J. Möglichkeiten einer Familienmedizin in der Praxis / J. Moerchel / In: König, B. (Hrsg.) Die Allgemeinmedizin. Bd.1, Perimed, Erlangen, 1988.- S. 310-345.
12. Zola, I. K. Medicine as an institution of social control / I. K. Zola // Sociol. Rev. – 1972. – Vol. 20, № 4. – P. 487–504.

Журавлев Юрий Иванович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней № 2 ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85, тел.: (4722) 32-90-43, (4722) 35-30-92, e-mail: zhuravlev@bsu.edu.ru.

Шептун Павел Александрович, аспирант кафедры внутренних болезней № 2 ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, ул. Победы, д. 85, тел.: (4722) 32-90-43, (4722) 35-30-92, e-mail: info@bsu.edu.ru.

УДК 616.981.718

© С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова, О.В. Рубальский, Т.И. Михайловская, 2012

**С.Ф. Карпенко¹, Х.М. Галимзянов¹, Н.Б. Касимова¹,
О.В. Рубальский¹, Т.И. Михайловская²**

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И КАТАЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОКСИЕЛЛЕЗОМ МОЛОЖЕ 50 ЛЕТ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», г. Астрахань

Представлены результаты клинического наблюдения и обследования 27 больных со среднетяжелым течением коксиеллеза в возрасте от 17 до 48 лет. У больных в динамике болезни и у 50 здоровых лиц определяли в сыворотке крови каталазу. Период разгара болезни характеризовался максимально выраженными симптомами болезни. В этот период у 62,9 % (17 чел.) пациентов выявлялось пониженное содержание каталазы, а у 33,3 % (9 чел.) больных отмечались повышенные показатели изучаемого фермента. В период ранней реконвалесценции наблюдались угасание клинических симптомов и компенсаторное повышение уровней каталазы. Только у 18,5 % (5 чел.) пациентов в этот период содержание каталазы достигало нормальных показателей, а у 81,5 % (22 чел.) превышало уровень каталазы здоровых лиц.

Ключевые слова: коксиеллез, каталаза, период разгара болезни, период ранней реконвалесценции.

**S.F. Karpenko, H.M. Galimzyanov, N.B. Kasimova,
O.V. Rubalskyi, T.I. Mihaylovskaya**

THE DYNAMICS OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND CATALASA ACTIVITY OF BLOOD SERUM IN PATIENTS WITH Q YOUNGER THAN 50 YEARS

The results of clinical observation and examination of 27 patients with Q fever of mild form at the age of 17 to 48 years are given. The catalasa was defined in 50 healthy persons and in patients in the disease dynamics. The focus of disease was characterized by expressed symptoms. 62,9 % (17 persons) had lower content of catalasa, 33,3 % (9 persons) had increased data of such enzyme. During the early recovery there were weak clinical symptoms and compensatory level of catalasa. Only 18,5 % (5 persons) had normal level of catalasa, 81,5 % (22) had higher level of it in healthy people.

Key words: *Q fever, catalasa, period of disease focus, period of early recovery.*

Введение. Коксиеллез (лихорадка Ку) – это острая риккетсиозная болезнь из группы природно-очаговых зоонозов, характеризующаяся различными путями передачи, общей интоксикацией и полиморфизмом клинических проявлений. Астраханская область является эндемичной по заболеваемости населения коксиеллезом [5, 9, 11].

В основе патогенетических механизмов практически любой патологии лежат нарушения состояния и функций биомембран, иммунной системы, антиоксидантной защиты [1, 10]. Антиоксидантная защита представляет собой многоуровневую и многофункциональную систему, поддерживающую физиологический уровень активных форм кислорода и свободных радикалов и защищающую биологические системы от их повреждающего действия. Она включает в себя два основных звена: ферментативное и неферментативное [6]. Важное место в системе ферментативной защиты занимает гемсодержащий фермент каталаза. Функцией фермента является предотвращение накопления перекиси водорода, образующейся при дисмутации супероксидного аниона и оказывающей повреждающее действие на клеточные компоненты. Каталаза способна проявлять и прооксидантные свойства, превращаясь в источник формирования активных форм кислорода [7].

Несомненный интерес вызывает изучение каталазной активности крови у больных коксиеллезом. В доступной литературе имеются лишь единичные сообщения об исследовании содержания каталазы в сыворотке крови у больных данным риккетсиозом. При этом некоторые авторы отмечают, что в период разгара болезни уровень каталазы не изменяется, а в период реконвалесценции наблюдается снижение показателей изучаемого фермента [8]. Нами ранее было установлено повышение каталазной активности сыворотки крови на 1–4 неделях заболевания при объединении в одну группу больных коксиеллезом различного возраста [4].

Цель: изучить клинические проявления и каталазную активность сыворотки крови у больных коксиеллезом моложе 50 лет.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 27 мужчин со среднетяжелым течением коксиеллеза, госпитализированных в ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги» в 2006–2011 гг. в возрасте от 17 до 48 лет. Средний возраст заболевших составил $30,4 \pm 1,7$ лет. Диагноз коксиеллеза подтверждался эпидемиологическим анамнезом, клиническими данными и результатами специальных методов исследования: иммуноферментным анализом для выявления антител классов М и G к антигенам коксиелл Бернета и определением специфических последовательностей нуклеиновых кислот возбудителей коксиеллеза в полимеразной цепной реакции.

Комплексное лечение больных коксиеллезом включало в себя этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапии. Всем пациентам назначался доксициклин ежедневно: в 1-й день лече-

ния – по 200 мг, затем – по 100 мг в течение $8,0 \pm 0,1$ дней. При отсутствии эффекта в первые 2–3 дня при пероральном назначении доксицилина, его назначали парентерально внутривенно. Кроме этого, больные получали жаропонижающие и антигистаминные средства, витамины, спазмолитики, ферментные препараты. Дезинтоксикационную терапию проводили в объеме 1,0–1,5 л в сутки внутривенным капельным введением кристаллоидных растворов и 5 % раствора глюкозы.

Обследование больных проводили в динамике: в период разгара заболевания (1–2 недели болезни) и в период ранней реконвалесценции (3–4 недели болезни), то есть при поступлении в стационар и перед выпиской.

Контрольную группу составили 50 взрослых здоровых жителей Астраханской области.

Для определения активности каталазы в сыворотке крови больных коксиеллезом и доноров был использован простой и надежный метод, предложенный М.А. Королюком с соавторами в 1988 г. [7].

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Microsoft Excel. Определяли среднюю арифметическую (M), среднюю ошибку средней арифметической (m), коэффициент корреляции (r). Для оценки статистической значимости различий между сопоставляемыми средними величинами использовали критерий Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение. Как показали наши исследования, больные коксиеллезом поступали на 1–2 неделях болезни ($6,0 \pm 0,2$ день). Ведущими симптомами были лихорадка (100,0 %, 27 чел.) и слабость (92,6 %, 25 чел.). У 77,8 % больных (21 чел.) наблюдалась гиперемия зева, у 66,6 % (18 чел.) – головная боль, у 62,9 % (17 чел.) – гепатомегалия, озноб и миалгии, у 59,3 % (16 чел.) – снижение аппетита, у 55,5 % (15 чел.) – склероконъюнктивит, у 29,6 % (8 чел.) – тошнота, у 25,9 % (7 чел.) – артралгии, у 22,2 % (6 чел.) – рвота и кашель, у 11,2 % (3 чел.) – иктеричность кожных покровов.

Периоду ранней реконвалесценции были свойственны угасание клинических проявлений болезни и постепенное восстановление нарушенных функций организма. В этот период у пациентов не наблюдались тошнота и рвота, у 29,6 % (8 чел.) больных коксиеллезом отмечалась лихорадка, у 25,9 % (7 чел.) – гепатомегалия, у 22,2 % (6 чел.) – слабость, у 11,1 % (3 чел.) – озноб и склероконъюнктивит, у 7,4 % (2 чел.) – головная боль, снижение аппетита и кашель, у 3,7 % (1 чел.) – гиперемия зева, миалгии, иктеричность кожных покровов и артралгии. В период ранней реконвалесценции по сравнению с периодом разгара болезни отмечались статистически значимые различия в частоте выявления некоторых симптомов. Так, в этот период встречались реже в 9,0 раз головная боль ($p < 0,001$), в 8,5 раза гиперемия зева ($p < 0,001$), в 8,0 раз снижение аппетита ($p < 0,001$), в 7,3 раза миалгии ($p < 0,001$), в 7,0 раз артралгии ($p < 0,05$), в 5,7 раза озноб ($p < 0,001$), в 5,0 раз склероконъюнктивит ($p < 0,001$), в 4,2 раза слабость ($p < 0,001$), в 3,4 раза лихорадка ($p < 0,001$) и в 2,5 раза гепатомегалия ($p < 0,01$) по сравнению с аналогичными симптомами в период разгара заболевания.

В период разгара заболевания и в период ранней реконвалесценции у больных коксиеллезом выявлялась сильная, прямая коррелятивная связь между длительностью болезни и лихорадки ($r = 0,85$, $p < 0,01$; $r = 0,96$, $p < 0,001$).

Оказалось, что содержание каталазы в сыворотке крови здоровых лиц было равно $15,7 \pm 0,5$ мкат/л. Частота обнаружения изменений каталазной активности сыворотки крови больных коксиеллезом зависела от периода заболевания (рис.).

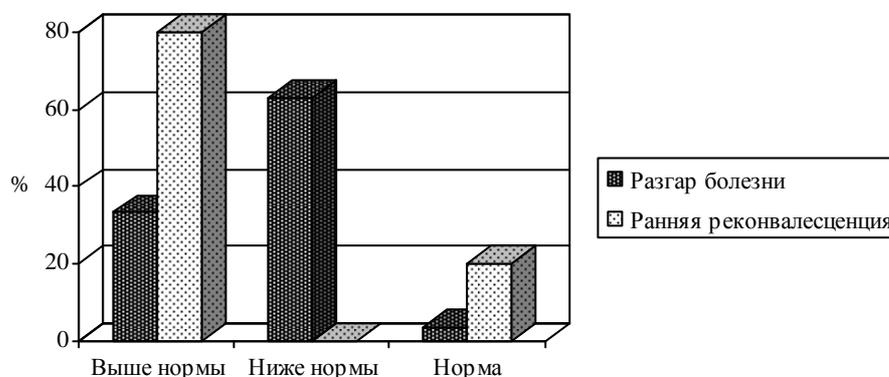


Рис. Частота обнаружения изменений содержания каталазы у больных коксиеллезом моложе 50 лет в динамике болезни

В период разгара болезни у 62,9 % (17 чел.) пациентов отмечалось понижение уровня каталазы. При этом содержание изучаемого фермента оказалось в 2,2 раза ниже аналогичного показателя у здоровых и было равно $7,1 \pm 0,5$ мкат/л ($p < 0,001$). У 33,3 % (9 чел.) больных коксиеллезом наблюдалось повышение уровня каталазы в среднем в 1,9 раза по сравнению с нормальным показателем ($p < 0,001$). Уровни каталазы достигали $30,5 \pm 3,1$ мкат/л. Пониженное содержание каталазы встречалось в 1,9 раза чаще, чем повышенное ($p < 0,05$). И лишь у 3,7 % (1 чел.) пациентов отмечался нормальный уровень каталазы сыворотки крови, который был равен 15,9 мкат/л.

В период ранней реконвалесценции у 81,5 % (22 чел.) больных коксиеллезом наблюдалось повышение содержания каталазы в среднем в 2,0 раза по сравнению с контролем ($p < 0,001$). Каталазная активность сыворотки крови достигала $31,3 \pm 4,8$ мкат/л. При этом повышенные показатели каталазы выявлялись 2,4 раза чаще, чем в период разгара болезни ($p < 0,05$). А у 18,5 % (5 чел.) пациентов содержание каталазы восстанавливалось до нормы и было равно $15,3 \pm 0,8$ мкат/л. В этот период у больных коксиеллезом не регистрировалось понижение уровня каталазы сыворотки крови.

Таким образом, в период разгара болезни у большинства больных коксиеллезом моложе 50 лет наблюдалось понижение содержания каталазы. В последнее время в литературе значительное внимание уделяется изучению активности антиоксидантных ферментов как теста при окислительном стрессе и патологических процессах. Имеются экспериментальные и клинические данные о сочетании низкой активности каталазы крови с активацией перекисного окисления липидов при различных заболеваниях [3, 14]. При этом универсальный процесс перекисного окисления липидов, в норме обеспечивающий условия для жизненно важных функций клетки, в случае интенсификации становится пусковым механизмом патобиохимических изменений [6, 12]. Многие авторы считают, что уменьшение активности каталазы свидетельствует об истощении компенсаторных возможностей организма [2, 7, 13]. Поэтому повышенное содержание каталазы у некоторых пациентов в этот период и у большинства больных коксиеллезом в период ранней реконвалесценции свидетельствует о компенсаторной активации антиоксидантной защиты.

Выводы.

1. Период разгара коксиеллеза характеризовался максимально выраженными клиническими проявлениями болезни, у большинства больных наблюдалось понижение содержания каталазы.
2. В период ранней реконвалесценции у больных коксиеллезом наблюдалось угасание клинических симптомов болезни и компенсаторное повышение каталазной активности сыворотки крови.
3. В период ранней реконвалесценции только у 18,5 % пациентов со среднетяжелым течением коксиеллеза содержание каталазы восстанавливалось до нормы, что свидетельствует о нормальном функционировании системы перекисного окисления липидов – антиоксидантной защиты.

Список литературы

1. Герасименко, М. Н. Особенности изменения про- и антиоксидантного состояния плазмы и эритроцитов крови пациентов, больных раком почки / М. Н. Герасименко, Р. А. Зуков // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Прил. 2. – С. 51.
2. Добренькая, Г. С. Иммунобиохимические особенности течения воспалительных заболеваний придатков матки / Г. С. Добренькая // Журнал РОАГ. – 2009. – № 4. – С. 35–40.
3. Иноятова, Ф. Х. Течение экспериментального увеита, процессы перекисного окисления липидов и активность ферментов антиоксидантной защиты на фоне лечения перфтораном / Ф. Х. Иноятова, М. Х. Каримова // Вопросы медицинской химии. – 2002. – № 5. – С. 450–454.
4. Карпенко, С. Ф. Активность каталазы у больных лихорадкой Ку / С. Ф. Карпенко, Н. Б. Касимова, Х. М. Галимзянов и др. // Инфекционные болезни. – 2009. – Т. 7, прил. № 1. – С. 91.
5. Карпенко, С. Ф. Сравнительная характеристика клинических проявлений и нейтрофильной защиты при коксиеллезе и Астраханской риккетсиозной лихорадке / С. Ф. Карпенко, Х. М. Галимзянов, Н. Б. Касимова и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 38–41.
6. Конторщикова, К. Н. Перекисное окисление липидов в норме и патологии : учеб. пос. / К. Н. Конторщикова. – Н. Новгород : Изд-во НижГМА, 2000. – 24 с.
7. Королюк, М. А. Метод определения активности каталазы / М. А. Королюк, Л. И. Иванова, И. Г. Майорова и др. // Лабораторное дело. – 1988. – № 1. – С. 16–18.
8. Лазарева, Е. Н. Состояние оксидантно-антиоксидантной системы у больных при коксиеллезе / Е. Н. Лазарева, М. М. Хок, Л. Р. Богданова и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010. – № 11. – С. 43.

9. Лобан, К. М. Риккетсиозы человека / К. М. Лобан, Ю. В. Лобзин, Е. П. Лукин. – М.-СПб. : Издательство ЭЛБИ–СПб, 2002. – 397 с.

10. Лукьянюк, Е. В. Эндогенная интоксикация и реакции компенсации в восстановительном периоде ишемического инсульта / Е. В. Лукьянюк, А. Б. Гехт, В. М. Шкловский и др. // Журнал неврологии и психиатрии. Инсульт. – 2010. – № 4. – С. 36–41.

11. Малеев, В. В. Особенности клинического течения коксиделлеза в Астраханской области / В. В. Малеев, В. В. Василькова, Х. М. Галимзянов // Инфекционные болезни. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 28–36.

12. Нагоев, Б. С. Состояние некоторых показателей прооксидантной и антиоксидантной систем крови у больных острой дизентерией / Б. С. Нагоев, М. Ю. Маржохова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – № 1. – С. 39–41.

13. Сафонова, О. А. Влияние фенилэтилбигуанида и 2,4-диметоксифенилбигуанида на активность супероксиддисмутазы и каталазы в тканях крыс при ишемии/реперфузии головного мозга / О. А. Сафонова, Т. Н. Попова // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. – 2011. – № 8. – С. 39–43.

14. Тарасова, Н. С. Сочетание низкой активности каталазы с активацией перекисного окисления липидов в сыворотке крови при поражении почек у больных хроническим алкоголизмом / Н. С. Тарасова // Клиническая медицина. – 1998. – № 9. – С. 43–44.

Карпенко Светлана Федоровна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник клинико-иммунологической лаборатории НИИ краевой инфекционной патологии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414004, г. Астрахань, Покровская роща, ул. 2-я Загородная, д. 2а, тел.: (8512) 38-50-66, e-mail: carpenko.swet@yandex.ru.

Галимзянов Халил Мингалиевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru.

Касимова Нина Борисовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая клинико-иммунологической лабораторией НИИ краевой инфекционной патологии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414004, г. Астрахань, Покровская роща, ул. 2-я Загородная, д. 2а, тел.: (8512) 38-50-66.

Рубальский Олег Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой микробиологии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414004, г. Астрахань, Покровская роща, ул. 2-я Загородная, д. 2а, тел. (8512) 38-50-66, e-mail: rubal-sky6@mail.ru.

Михайловская Татьяна Ивановна, заведующая отделением № 5 ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», Россия, 414004, г. Астрахань, ул. Началовское шоссе, д. 7, тел.: (8512) 31-05-17, e-mail: oikb@astranet.ru.

УДК 159. 92:81

© Т.С. Кириллова, **Т.В. Соколова**, 2012

Т.С. Кириллова, Т.В. Соколова

ЯЗЫК – ЯДРО ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АСПЕКТА НЕЙРО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²Волжский гуманитарный институт,

филиал ФГБОУ ВПО «Волгоградский государственный университет»

Язык – один из главных компонентов нашего познания мира. Слово, как часть языка, имеет магическую силу. Слова и магия всегда были едины, и в современном мире их сила не утрачена.

Ключевые слова: язык, лингвистический аспект, нейро-лингвистическое программирование.

T.S. Kirillova, T.V. Sokolova

LANGUAGE IS A NUCLEUS OF LINGUISTIC ASPECT OF NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING