

патических центров продолговатого мозга, достоверно чаще встречались в контроле, а высокочастотные волны HF, отражающие активность парасимпатического кардиоингибиторно го центра продолговатого мозга, были достоверно более характерны для больных ЯБДПК. Суммарный параметр состояния вегетативной регуляции, оцениваемый по показателю вегетативного гомеостаза, достоверно отличался у лиц основной группы по сравнению с контролем в сторону парасимпатического преобладания.

Состояние слизистой оболочки и моторики верхнего этажа ЖКТ. Результаты эндоскопического обследования 26 больных ЯБДПК представлены в табл. 4. У 42,3% больных преобладала 2-я степень активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки. Признаки катарального или катарально-эрозивного гастрита выявлены у 61,5% обследованных, причем имел место антральный гастрит. Сопутствующий дуоденит выявлен у всех обследованных, т.е. имело место поражение пилородуоденальной зоны, характерное для хеликобактерного воспаления и дуоденогастрального рефлюкса. Эндоскопические признаки дискинезии констатированы у 22 больных (84,6%), причем в 20 случаях имел место дуоденогастральный или сочетанный рефлюкс.

Таблица 4

Результаты эндоскопического обследования больных ЯБДПК (основная группа, n=26)

Активность воспаления	
1ст	9
2ст	11
3ст	6
Г АСТРИТ	
Катаральный	8
Эрозивный	8
Дуоденит	
Катаральный	17
Эрозивный	9
Дискинезия	
Гастро-эзофагальный рефлюкс	2
Дуодено-гастральный рефлюкс	13
Сочетанный рефлюкс	7

Заключение. Различные «дискинетические» расстройства желудка и 12-перстной кишки могут являться одним из ведущих механизмов возникновения и хронизации ЯБДК. Следовательно, применение в комплексной терапии больных лечебных мероприятий, направленных на нормализацию моторики желудочно-кишечного тракта, будет несомненно способствовать существенному повышению эффективности лечения и длительности ремиссии язвенной болезни у данных контингентов больных.

Литература

1. Аруин Л.И. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2004. №1. С. 186–187.
2. Бабунц И.В. и др. Азбука анализа вариабельности сердечного ритма. Ставрополь, 2002.
3. Гарганеева Н.П. и др. // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Красноярск, 2006. С. 85–93.
4. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. // Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. СПб.: СОТИС, 1997. С. 45–125.
5. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Изд-во Питер, 2008.
6. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С. // Тер. арх. 2005. №2. С. 34–38.
7. Латина Н.С., Боровиков Н.Н. // Клини. мед. 2008. №2. С. 59–62.
8. Оганезова И.А. и др. // Клини. мед. 2004. №1. С. 45–47.
9. Пиманов С.И. и др. // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. 2007. №1. С. 48–55.
10. Преображенский В.Н. и др. // Клини. мед. 2007. №1. С. 63–65.
11. Ткаченко Е.И. // Клини. фармакол. 1999. №1. С. 11–13.
12. Циммерман Я.С. // Клини. мед. 2006. №3. С. 9–19.
13. Шудутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. СПб.: Элби-СПб., 2003. С. 295–296, 322–323.

SYSTEM ANALYSIS OF NEUROMOTOR CLUSTER IN THE PATIENTS WITH THE DUODENAL ULCER

A.V. BURMASOVA, V.A. KARPIN

Surgut State University, Surgut

In the article the role of the neuromotor cluster in the aetiology and pathogenesis of duodenal ulcer is discussed. It was ascertained that some disorders of psychoneurotic status, vegetative regulation, and motor function of stomach and duodenum are the most factors of ulcerogenesis.

Key words: duodenal ulcer, vegetative regulation

УДК 616.33-002.44

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Е.В. ИВАНИШКИНА*

С целью изучения влияния электромагнитного излучения миллиметрового диапазона на показатели прооксидантно-антиоксидантного статуса слизистой оболочки гастродуоденальной зоны исследовано 40 пациентов язвенной болезнью желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Применение ЭМИ мм-диапазона в комплексном лечении язвенной болезни ведет к достоверному уменьшению антиоксидантной недостаточности и предупреждает развитие свободно-радикальной агрессии лейкоцитов, и возможность осложнений.

Ключевые слова: язвенная болезнь, электромагнитное излучение

Несмотря на успехи в фармакотерапии язвенной болезни (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки, данная патология не утрачивает свою актуальность в связи с широкой распространенностью заболевания, а также ростом частоты осложненных форм и связанных с ними оперативных вмешательств, нестойкостью результатов лечения [3]. Наблюдается рост распространенности язв желудка и 12-перстной кишки с торпидным течением, резистентных к консервативным методам лечения. ЯБ остается затратным заболеванием для общества, поражая лиц наиболее трудоспособного возраста и ухудшая качество жизни пациентов [10].

Современные эрадикационные схемы патогенетической терапии ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки используют только антисекреторные и антихеликобактерные препараты. Экспериментальные и клинические исследования показали, что универсальным механизмом, нарушающим морфофункциональное состояние клеточных мембран, является окислительный стресс, развивающийся в результате нарушения сбалансированности в системах генерации свободных радикалов и антиоксидантной защиты [2]. В литературе ЯБ рассматривается как свободно-радикальная патология, в основе которой лежит системный дисбаланс свободно-радикального гомеостаза, преимущественно за счет депрессии антиоксидантной активности, вызывающий деструкцию клеточных мембран покровно-эпителиального пласта гастродуоденальной зоны – главного фактора защиты слизистой [6,8]. Литературные данные о влиянии противоязвенных фармакопрепаратов на процессы свободно-радикального окисления липидов неоднозначны. Использование природных антиоксидантов не принесло желаемого результата в связи со слабостью вызываемого ими эффекта. Применение синтетических препаратов антиоксидантного действия ограничено нередко вызываемыми токсическими явлениями. В связи с этим актуально изучение динамики параметров прооксидантно-антиоксидантного статуса у больных ЯБ желудка и 12-перстной кишки в процессе лечения и возможности его коррекции с помощью физических факторов. Одним из таких методов, влияющих на состояние клеточных мембран, согласно существующим гипотезам, является использование электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона длин волн нетепловой интенсивности. В научной литературе описаны различные гипотезы воздействия миллиметрового излучения на организм, одна из которых основана на мнении, что для координации работы различных клеток организма существует электромагнитная межклеточная синхронизация, выполняемая в миллиметровом диапазоне, и при патологии внешнее миллиметровое поле может играть роль синхронизирующего аппарата. В соответствии с этой гипотезой, начальный процесс происходит в мембранах клеток. Другая гипотеза в качестве первичной мишени также признает клеточные мембраны и основана на утверждении, что начальный процесс связан с молекулами воды. Молекулы воды, поглотившие энергию миллиметрового излучения, взаимодействуют с белками и изменяют их конформацию. Такие изменения в белках приводят к изменению их активности, что и влияет на общеметаболические процессы [1]. Но механизмы реализации сапогенетических эффектов электромагнитных мм-волн, эффективные параметры воздействия, остаются во многом не выясненными.

Цель работы – изучение влияния ЭМИ мм-диапазона с «качающейся» частотой и сменой волновых диапазонов на показатели прооксидантно-антиоксидантного статуса слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных ЯБ.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных Нр-позитивной ЯБ желудка и луковицы двенадцатипер-

* Смоленская государственная медицинская академия

стной кишки в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст - 36,32±2,693 лет) с длительностью заболевания 4,59±0,756 лет. Диагноз устанавливался на основании характерных для данного заболевания анамnestических, общеклинических, лабораторных и инструментальных данных. Обсемененность *Helicobacter pylori* исследовали морфологическим методом и быстрым уреазным тестом. Критериями исключения пациентов из исследования явились наличие осложнений язвы (кровотечение, перфорация, стеноз) и тяжелых сопутствующих заболеваний (психоневрологических, сердечно-сосудистых, легочных, почечных заболеваний, болезней печени и другой тяжелой соматической патологии), прием нестероидных противовоспалительных препаратов (за 1 мес. до исследования), лечение антибиотиками, блокаторами секреции в течение предшествующих 4 недель, наличие хирургических вмешательств на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке, известная гиперчувствительность к ингибиторам протонной помпы и антибактериальным препаратам группы макролидов и пенициллинового ряда, отказ от участия в исследовании. Для большинства пациентов были характерны типичные боли в эпигастриальной области (95%), диспепсический синдром встречался у 55% пациентов, локальная пальпаторная болезненность отмечена у 97% пациентов. Средний размер язвенных дефектов составил 0,78±0,073 см.

После верификации диагноза все пациенты методом случайной выборки в зависимости от вида терапии были разделены на сопоставимые по демографическим и клинко-функциональным параметрам группы: 1-я группа (сравнения n=19) получала стандартную эрадикационную терапию «первой линии» согласно Маастрихтскому соглашению-2 (21-22 сентября 2000 года) и стандартам (протоколам) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения, которая включала ингибитор протонной помпы в стандартной дозе (омепразол 20 мг 2 раза в день) и два антибактериальных препарата (фромилд 500 мг 2 раза в день и амоксициллин 1000 мг 2 раза в день) в течение 7 дней [7,12]. После 7-дневной эрадикационной терапии продолжали лечение до заживления язвы однократным назначением ингибитора протонной помпы. В лечении пациентов 2-й группы (основной n=21) наряду с эрадикационной терапией использовалось ЭМИ мм-диапазона с помощью аппарата «АМРТ-02» в режиме работы «качающейся» частоты и чередования волновых диапазонов (52-62 ГГц). Воздействие проводилось на сегментарную рефлексогенную зону в области эпигастрия в положении больного сидя с помощью контактно расположенного рупора при плотности потока излучения, не превышающем 10 мВт/см², ежедневно, кроме выходных. Время экспозиции 30 минут. Курс 10 процедур. Этот режим работы не требует предварительного поиска и подбора резонансных терапевтических частот, поскольку спектр выходного излучения уже содержит резонансную частоту, совпадающую с индивидуальной терапевтической частотой пациента [5]. При использовании ЭМИ мм-диапазона не было выявлено каких-либо побочных явлений, что согласуется с литературными данными [1].

Прооксидантно-антиоксидантные параметры (уровень гидроперекисей липидов (ГПЛ) – продуктов свободно-радикального окисления липидов (СРОЛ) и суммарная антиокислительная активность (АОА) слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны исследованы прямым методом регистрации свободно-радикальных параметров методом активированной родамином Ж хемилюминесценции (ХЛ) в присутствии ионов 2-валентного железа [11]. Измерение суммарной антиокислительной активности позволяет оценить возможность действия антиоксидантов в совокупности их взаимодействия между собой в сложной биологической системе. Результаты исследования в основной группе сопоставляли с данными, полученными при лечении больных группы сравнения. Статистическую обработку результатов вели по общепринятым методам с определением средней арифметической, ошибки средней (M±m) с использованием программы Statistica 6.0. О достоверности показателей судили по t-критерию Стьюдента. Статистически достоверными считали различия, соответствующие оценке ошибки вероятности p≤0,05.

Результаты. Сравнительная клиническая эффективность различных способов лечения пациентов ЯБ исследуемых групп представлена в табл.1.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что сроки купирования диспепсического и болевого синдромов, а также локальной пальпаторной болезненности в области эпигастрия у

больных 2-й группы на фоне комплексного лечения с воздействием ЭМИ мм-диапазона были достоверно меньше, чем у пациентов только с медикаментозным лечением (p<0,01). Сроки заживления язв у пациентов 2-й группы были также достоверно меньше, чем в группе сравнения (p<0,05). После медикаментозного лечения ЯБ элиминация Нр наблюдалась у 80,6±0,048 % пациентов, после комплексной терапии с воздействием ЭМИ мм-диапазона эрадикация была достигнута у 93,3±0,032% пациентов (p<0,05), что согласуется с данными ранее проведенных исследований [9]. Сохраняющаяся экспансия Нр у больных ЯБ, получавших только медикаментозную терапию, по мнению авторов, определяет более длительное рубцевание и может способствовать рецидивированию заболевания.

Таблица 1

Сравнительная клиническая эффективность лечения (M±m)

Показатели	1 группа	2 группа	p1
Средний срок купирования диспепсического синдрома (дни)	3,0±0,426	1,73±0,206	<0,01
Средний срок исчезновения болей (дни)	7,13±0,923	3,43±0,314	<0,01
Средний срок исчезновения локальной пальпаторной болезненности (дни)	11,20±1,412	4,55±0,484	<0,001
Средние сроки рубцевания язв (дни)	19,71±1,314	16,69±0,662	<0,05

Примечание: p1-значимость различий показателей между группами

Для возможного объяснения различий клинической эффективности применяемых методов лечения и саногенетических эффектов ЭМИ мм-диапазона проведен раздельный анализ динамики показателей прооксидантной системы и системы АОЗ непосредственно в зоне поражения: слизистой оболочке антрального отдела, тела желудка и периульцерозной зоны (не далее 1 см. от края язвы). Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели прооксидантно-антиоксидантных систем СО гастродуоденальной зоны у больных ЯБ (M±m)

Топографические зоны	отн.ед	1 группа	Δ	2 группа	Δ
Антральный отдел желудка	ГПЛ	105,08±9,039 101,14±7,782	-3,94	107,44±6,434 90,91±7,180	-16,53
	АОА	-10,92±9,112 -9,36±6,530	+1,56	-14,56±7,180 19,36±5,923***	+33,92
Тело желудка	ГПЛ	97,77±7,832 112,64±6,671	+14,87	110,89±7,942 89,80±4,066*	-21,09
	АОА	0,46±7,493 -10,0±7,207	-9,54	-6,56±6,886 9,80±3,630**	+16,36
Периульцерозная зона	ГПЛ	97,85±5,668 110,0±6,258	+12,15	102,75±7,070 98,82±9,476	-3,94
	АОА	-12,31±8,084 -16,36±7,169	-4,05	-12,0±8,502 7,27±2,66**	+19,27

Примечание: p – значимость различий с исходными показателями: *-<0,05, **-<0,01, ***-<0,001, p1 – значимость различий показателей 1-й и 2-й групп: *-<0,05, **-<0,01, ***-<0,001; Δ – среднее различие с исходными показателями. В числителе показатели до лечения, в знаменателе – после лечения

Исходные показатели хемилюминесцентных тестов (уровень ГПЛ и суммарная АОА) слизистой оболочки антрального отдела, тела желудка и периульцерозной зоны у больных ЯБ 1-й и 2-й групп не имели достоверных отличий (p1>0,5). Отрицательные исходные значения суммарной АОА СО гастродуоденальной зоны свидетельствуют об истощении антирадикальной защиты. Полученные результаты совпадают с литературными данными, отмечающими активацию процессов СРОЛ и нарушения в системе антирадикальной защиты в периульцерозной зоне, что является следствием ишемии (гипоксии) и лейкоцитарной инфильтрации тканей [4]. Активированные лейкоциты при развитии воспалительного процесса, в т.ч. обусловленного Н. pylori, являются основным источником активных форм кислорода (АФК). Чрезмерное содержание АФК и образующихся при их участии вторичных радикалов при недостаточной активности антиоксидантной защиты ведет к прямому генно- и цитотоксическому действию на собственные клетки организма за счет окислительной модификации белков, углеводов, липидов и нуклеиновых кислот [2].

После стандартной эрадикационной терапии в слизистой оболочке антрального отдела желудка выявлена незначительная тенденция к уменьшению уровня ГПЛ (-3,94 отн.ед., p>0,5) при практически неизменном уровне суммарной АОА (+1,56 отн.ед., p>0,5) В слизистой оболочке тела желудка и периульцерозной зоны уровень ГПЛ имел тенденцию к увеличению (+14,87 отн.ед., p>0,05; +12,15 отн.ед., p>0,05 соответственно), а суммарная АОА – к уменьшению (-9,54 отн.ед., p>0,05; -4,05 отн.ед., p>0,5), еще более усугубив антиоксидантную недостаточность. Приме-

нение только эрадикационной терапии не вело к достоверному изменению параметров системы. СРОЛ – антирадикальная защита в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны, несмотря на заживление язв. Известно, что сохраняющийся дисбаланс в прооксидантно-антиоксидантной системе даже на фоне клинической ремиссии заболевания способствует поддержанию хронического воспалительного процесса, создавая благоприятные условия для усиления свободно-радикальных реакций и поддержания ситуации готовности к обострению и развитию осложнений [13].

Заживление язв у пациентов 2-й группы после комплексного лечения с использованием ЭМИ мм-диапазона длин волн сопровождалось тенденцией уменьшения уровня ГПЛ в слизистой оболочке антрального отдела желудка (-16,53 отн.ед., $p>0,05$), достоверным снижением в теле желудка (-21,09 отн.ед., $p<0,05$) и тенденцией уменьшения в перипилорозной зоне (-3,94 отн.ед., $p>0,5$) на фоне достоверного увеличения суммарной АОА в слизистой оболочке соответствующих зон (+33,92 отн.ед., $p<0,01$; +16,36 отн.ед., $p<0,05$; +19,27 отн.ед., $p<0,05$). Полученные данные могут говорить об уменьшении степени выраженности воспаления, улучшении метаболических процессов и резистентности слизистой оболочки гастродуоденальной области. Различия в динамике параметров прооксидантно-антиоксидантного статуса СО гастродуоденальной зоны больных ЯБ после стандартной эрадикационной терапии и после комплексного лечения с включением ЭМИ мм-диапазона объясняют и достоверные различия в частоте появления рецидивов. В течение года наблюдения рецидивы заболевания были выявлены у 19,40±4,793% больных, получавших только эрадикационную терапию, у 6,67±3,228% больных, лечившихся комплексно с использованием ЭМИ мм-диапазона, ($p<0,05$).

Заключение. У больных ЯБ в стадии обострения выявляется депрессия антиоксидантной системы в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны. Использование эрадикационной терапии не исправляет имеющуюся у данной категории лиц антиоксидантную недостаточность. Применение электромагнитного излучения миллиметрового диапазона длин волн в режиме «качающейся» частоты в комплексном лечении больных ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки вызывает уменьшение дисбаланса параметров прооксидантно-антиоксидантных систем в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны, что патогенетически обосновывает возможность и целесообразность включения ЭМИ мм-диапазона с заданными параметрами в комплексную терапию ЯБ.

Литература

- 1.Бецкий О.В. и др. Миллиметровые волны и живые системы. М.: САЙНС – ПРЕСС, 2004.
- 2.Владимиров Ю.А., Арчаков А.Н. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М.: Наука, 1972.
- 3.Латина Т.Л. // Consilium medicum.2004.Т.4, № 1.С.12-17.
- 4.Пасечников В.Д. и др. // Тер. архив.1988.№ 2.С. 30-33.
- 5.Подопригорова В.Г., Иващенко Е.В., Хибин Л.С. Патент на изобретение №2214291 от 20.10. 2003.
- 6.Подопригорова В.Г. Оксидативный стресс и язвенная болезнь. М.: Медицина, 2004.
- 7.Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения /Под ред. П.Я. Григорьева. М., 2001.
- 8.Хуцишвили М.Б. и др. // Клин. медицина.2002.№10.С.10-16.
- 9.Чиж А.Г. и др. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.2002.№2-3. С. 144.
- 10.Шенгулин А.А. // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 2003.Т. 13, № 5.С.4-6.
- 11.Шерстнев М.П. // Вопросы хемилюминесценции.1990.№ 1.С.19-20.
- 12.Malfertheiner P. et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. 2002. Vol. 16, №2- P. 167-180.
- 13.Misso N.L.A. et al. // Eur. Respir.J.2005. Vol. 26. P. 257-264.

ELECTROMAGNETIC RADIATION OF MILLIMETRIC RANGE IN COMPLEX TREATMENT OF ULCER DISEASE: ESTIMATION OF EFFICACY

E.V. IVANISHKINA

Smolensk State Medical Academy

With the purpose of studying of influence of electromagnetic radiation of a millimetric range on the parameters of the oxidative-antioxidative status of stomach-duodenal zones mucous membrane of 40 patients with a stomach and duodenal ulcer disease are investigated. Application electromagnetic radiation of a millimetric range in complex treatment leads to authentic reduction of antioxidant insufficiency and warns development of bioradical aggressions of leukocytes, and probably, an opportunity of occurrence of complications.

Key words: electromagnetic radiation, ulcer disease

УДК 616.316.1-002

СОСТОЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Б.С. НАГОЕВ*, З.А. КАМБАЧОКОВА

Представлены параметры ферментативного звена антиоксидантной системы и процессов перекисного окисления липидов у 45 больных при обострении хронической герпетической инфекции. Нарушения свободнорадикального окисления у этих больных является одним из ведущих патогенетических факторов изменения структурно-функционального состояния биомембран. Результаты исследования свидетельствуют о нарушении взаимоотношений систем перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

Ключевые слова: герпетическая инфекция, липиды.

Повсеместное распространение герпетической инфекции (ГИ), высокая восприимчивость, пожизненная персистенция вируса в организме, пантропность, рецидивы заболевания, онкогенность, неблагоприятное воздействие на течение беременности и плод, сложность, дороговизна диагностики и лечения выдвигают ГИ в ряд актуальных проблем современного здравоохранения [1,2]. Около 90% всего населения планеты инфицировано одним или несколькими серотипами семейства герпесвирусов. Причем до 25% из них страдают рецидивирующими формами, у 30% инфекция протекает в субклинической и латентной формах [3].

В последние годы в изучении механизмов формирования хронической инфекционной патологии большое внимание уделяется антиоксидантной обеспеченности организма (АОС) и выраженности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Перекисное окисление липидов, протекающее в биологических мембранах, является классическим примером свободно-радикальных процессов в организме [4,5]. ПОЛ постоянно протекает в организме, являясь необходимым физиологическим процессом. Процессы ПОЛ имеют большое значение для обновления липидов мембран клеток и посредством этого поддержания структурного гомеостаза. Для поддержания активности ПОЛ на стационарном уровне в условиях значительных изменений активности образования радикалов в организме имеется антиоксидантная система. Чрезмерная активация процессов свободно-радикального окисления играет важную, а иногда ключевую роль в развитии ряда патологических состояний [6]. Действие патогенных факторов и активация эндогенных механизмов свободно-радикального окисления приводят к напряжению механизмов антиоксидантной защиты и развитию окислительного стресса, который может проявляться на клеточном, тканевом и организменном уровнях [7]. Окислительный стресс – важный патогенетический фактор многих заболеваний инфекционной природы. В литературе мало сведений посвященных изучению свободно-радикальных механизмов у больных герпесвирусной инфекцией.

Цель работы – изучение процессов свободно-радикального окисления и состояния антиоксидантной системы при герпесвирусной инфекции.

Материал и метод. Под наблюдением находилось 45 больных рецидивирующей герпетической инфекцией в возрасте 17-70 лет (25 мужчин, 20 женщин). Из них у 11 больных был генитальный герпес, у 16 – лабиальный, у 10 – глоточный и у 8 – герпес другой локализации. Длительность заболевания у всех пациентов была не менее двух лет. Степень тяжести заболевания определялась частотой рецидивов, длительностью ремиссий, выраженностью клинических проявлений. С учетом этих данных у 10 больных диагностирована легкая форма заболевания (частота рецидивов до 4 раз в год), у 21 – среднетяжелая (частота рецидивов до 8 раз в год), у 14 – тяжелая (частота рецидивов более 10 раз в год).

Диагноз ставился на основании клинической картины и верифицировался по результатам полимеразной цепной реакции (ПЦР) и обнаружению в диагностическом титре специфических антител к герпесвирусам методом трехфазного иммуноферментного анализа (ИФА). Основными жалобами больных были – зуд, боль, жжение в области герпетических высыпаний, общую слабость, недомогание, головную боль, понижение работоспособности. При объективном исследовании выявляли признаки герпетической инфекции: наличие пузырьков, язв, трещин, эритемы, отечности пораженных тканей, повышение температуры тела, увеличение регионарных лимфатических узлов.

Все пациенты обследованы клинически и лабораторно в период обострения процесса, угасания клинической симптоматики

* Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик