

ных и субэндокардиальных слоях миокарда. Кроме того, принимая во внимание, что в систолу происходит максимальное снижение кровотока в левой коронарной артерии, увеличение (ККулдс) при действии ХС-2, нарастающее с увеличением дозы от 0,5 до 1 мг (табл.2), свидетельствует о том, что исследуемое соединение способствует повышению кровотока и в слоях миокарда, кровоснабжаемых левой коронарной артерией. Для решения вопроса о выраженности действия ХС-2 на коронарные сосуды в систолу и диастолу полученные результаты сопоставлены с действием на фазный коронарный кровоток мексидола. Внутриконтарное введение ХС-2 оказывает более выраженное коронародилататорное действие. При использовании ХС-2 в дозе в 3 раза меньшей (0,02% от ЛД₅₀), коронародилататорный эффект был втрое выше, чем в опытах с мексидолом (0,06% от ЛД₅₀).

Новое производное ОНК – соединение под лабораторным шифром ХС-2 – обладает прямым коронародилататорным действием, не зависящим от изменений системной гемодинамики, способствует росту кровотока в слоях миокарда кровоснабжаемых левой коронарной артерией и равномерному увеличению как систолической, так и диастолической фракций коронарного кровотока. По коронародилататорному действию ХС-2 более активно, чем мексидол. Также можно предположить, что коронародилататорное действие нового производного ОНК реализуется на уровне гладкомышечных элементов коронарных артерий, а не путем изменения сократимости и метаболизма миокарда.

Литература

1. Сернов Л.Н. и др. // Клинич. исследования лек.средств в России.– 2004.– №1.– С.24–28.
2. Голиков А.П. и др.// Тер. архив.– 2004.– №4.– С.60–65.
3. Поварова О.В. и др. // Эксперим. и клинич. фармакол.– 2003.– №3.– С.69–73.
4. Копелевич В.М., Гунар В.И.// Хим. фарм. ж.– 1999.– Т.33, №4.– С.6–16.
5. Покровский М.В.// Физиология и патофизиология сердца и коронарного кровообращения: Тез.докл. II Всесоюзн. симп.– Киев,1987.– С.30.
6. Покровский М.В. и др.// Измерения в медицине и их методическое обеспечение: Тез.докл. IX Всесоюзн. конференции.– М.,1989.– С.45.
7. Кузин А.И.//Пат.физиол.и экспер. тер.– 1999.– №4.– С. 25.
8. Чурина С.К. и др.// Физиол. чел.– 2001.– №5.– С.101–104.
9. Петрищев Н.Н. и др.// Рос. физиол. ж. им. И.М.Сеченова.– 2001.– Т.87, №5.– С.688–705.

УДК: 615.37:[616.523:578.27

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ И НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С УРЕАПЛАЗМОЗОМ

В.П. ГАВРИЛЮК, Л.В. ГЕРТНЕР, А.И. КОНОПЛЯ, А.Р. ШАБАЛИН*

Актуальность проблемы. Генитальный герпес (ГГ) – одна из распространенных инфекций, передающихся половым путем. Особенностью урогенитальной герпесвирусной инфекции (УГВИ) является часто рецидивирующий характер, бессимптомное течение, частое сочетание с другими инфекциями, передающимися половым путем. В случае ассоциированной инфекции чаще, чем при моноинфекции, имеется тенденция перехода ее в латентную форму. Характерной особенностью как моно- так и ассоциированных инфекций является более выраженная иммунологическая перестройка организма, что подтверждается исследованиями [1]. Лечение больных урогенитальной микст-инфекцией представляет собой трудноразрешимую задачу [2].

Цель работы – оценка клинико-иммунологической эффективности традиционной схемы лечения лиц с сочетанной УГВИ и уреаплазменной (УП) инфекцией, дополненной деринатом и магнито-инфракрасно-лазерным воздействием (МИЛ-терапией).

Материалы и методы. Под наблюдением на базе Белгородского кожно-венерологического диспансера находилось 34 больных УГВИ и 28 пациентов, сочетающих УГВИ с УП, в возрасте от 20 до 50 лет. Контрольная группа состояла из 23 здоровых доноров-добровольцев того же возраста. Диагноз УГВИ и УП устанавливался на основании клинической картины ГГ и подтверждался результатами лабораторных исследований крови. Диагностику урогенитальной и уреаплазменной инфекций производили путем исследования полученных соскобов из уретры методом ПЦР с использованием наборов фирмы «ДНК-диагностика». Все больные по виду лечения были разделены на 2 группы: 1 группа получала традиционное лечение (ферментотерапия, антибиотикотерапия, гепатопротекторы, витаминотерапия, эубиотики, антимикотики и местное лечение), во 2 группе традиционная терапия дополнялась деринатом (1,5% – 5,0 в/м 5 раз через 48 часов) и МИЛ-терапией, проводимой аппаратом «МИЛТА-Ф-8-01» (длина волны 0,85–0,95 мкм, частота следования импульсов 50 Гц, мощность излучения светодиодов 50 мВт, магнитная индукция – 20–80 мТл, доза энергетического воздействия – 0,8–1,07 Дж/см², суммарное время процедуры – 10 мин, курс – 10 процедур). Лабораторные методы исследования крови велись по общепринятым методикам [5]. Определяли иммунофенотипированные лимфоциты, уровень IgG, IgA, sIgA, ФНО α , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-1 β , функционально-метаболическую активность нейтрофилов в сыворотке крови и в вагинально-цервикальном секрете женщин и отделяемом уретры мужчин [3–4].

Результаты. При изучении иммунофенотипированных лимфоцитов у больных УГВИ по сравнению со здоровыми донорами установлено уменьшение относительного и абсолютного содержания CD3, CD4, CD8-лимфоцитов, концентрации IgA, ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-4 и альфа-интерферона и фагоцитарной активности нейтрофилов в сыворотке крови, но повышение процентного содержания NK-клеток (CD16), клеток маркеров ранней активации (CD25), клеток-индукторов фактора апоптоза (CD95), показателей НСТ-теста и концентрации ФНО α , ИЛ-4 и альфа-интерферона в вагинально-цервикальном секрете женщин и отделяемом уретры мужчин. У больных УГВИ в сочетании с УП наблюдаются отличные и более выраженные изменения: уменьшение относительного и абсолютного содержания CD3, CD4, CD8-лимфоцитов, повышение процентного содержания NK-клеток (CD16), клеток маркеров ранней активации (CD25), клеток-индукторов фактора апоптоза (CD95). У больных УГВИ в сочетании с УП происходит снижение всех изучаемых показателей фагоцитарной активности нейтрофилов и снижение НСТ-теста спонтанного. Тогда как в вагинально-цервикальном секрете женщин и в смывах из уретры мужчин наблюдается снижение только фагоцитарного индекса и НСТ-теста спонтанного. Помимо этого у больных УГВИ в сочетании с уреаплазмозом имеет место снижение концентрации всех изучаемых цитокинов: ФНО α – в 2,8 раза, ИЛ-1 β – в 1,5 раза, ИЛ-6 – в 2,0 раза, ИЛ-4 – в 1,8 раза и интерферона – в 2,2 раза. На локальном уровне, наряду со снижением ФНО α в 1,9 раза и интерферона в 1,8 раза, выявлен рост ИЛ-1 β в 1,8 раза и ИЛ-4 в 1,3 раза по сравнению с показателями здоровых доноров. После применения традиционной терапии у пациентов с УГВИ в сочетании с УП нормализуется содержание только CD95-лимфоцитов (рис.). Происходит нормализация фагоцитарной активности нейтрофилов в вагинально-цервикальном секрете женщин и в смывах из уретры мужчин, но еще больше снижается НСТ-тест спонтанный, в сыворотке крови, корректируется лишь концентрация ИЛ-6. На локальном уровне у больных УГВИ в сочетании с уреаплазмозом традиционное лечение нормализует содержание α -интерферона (рис.).

Рейтинговый алгоритм иммунологических показателей у пациентов до лечения со II-III степенью иммунных расстройств включает 16 показателей из 34 исследованных. Формула расстройств иммунной системы составила: CD16⁺₃, CD25⁺₃, CD95⁺₃. После обычного лечения лиц с УГВИ в сочетании с УП со II-III степенью иммунных расстройств включает 15 показателей, а формула расстройств иммунной системы составила: CD16⁺₃ и ИЛ-1 β ⁺₃ и ИЛ-4⁺₃ (местно). При анализе результатов клинического обследования больных УГВИ в сочетании с УП до и после традиционного лечения были получены следующие результаты. У пациентов до лечения длительность субъективных ощущений в период рецидива (зуд, жжение, боль, общее недомогание) составляла 4,8 дня, длительность периода регресса герпетических

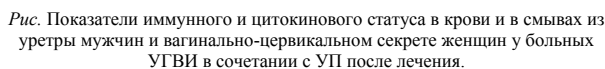
* Курский государственный медицинский университет

УДК: 618.12-002-097:615.37

В.П. ГАВРИЛЮК, М.Г. ГАЗАЗЯН, А.А. КОНОПЛЯ, С.В. ПЕТРОВ*

Цель – клинико-иммунологическая оценка эффективности ридостина в фармакотерапии лиц с обострением ХСО.

Результаты. У пациентов при первичном обращении не выявлено статистически достоверных изменений показателей лейкоформулы. По сравнению со здоровыми донорами установлено уменьшение относительного содержания *CD4*, *CD16*, *CD25*-лимфоцитов, клеток-индукторов апоптоза (*CD95*), клеточных маркеров поздней активации (*HLA-DR*) и снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, но повышение в сыворотке крови содержания *IgG* и *IgA*, концентрации ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-4 и C_3 и C_4 компонентов системы комплемента. При изучении степени иммунных расстройств выявлено, что из 22 исследованных показателей состояния иммунного статуса на системном уровне 15 имеют 2–3 степень иммунных расстройств, что диктует необходимость проведения



Использование одновременно дерината и МИЛ-терапии и традиционной позволило улучшить состояние иммунного и цитокинового статуса и качество жизни у лиц УГВИ с УП.

1. *Гертнер Л.В.* Клинико-иммунологическая эффективность ронколейкина и дерината в лечении больных урогенитальной герпесвирусной инфекцией в сочетании с хламидиозом: Дис. ... канд. мед. наук.– Курск, 2004.– 143 с.
2. *Гранитов В.М.* Герпесвирусная инфекция.– М., Н. Новгород, 2001.– 88 с.
3. *Земсков А.М., Земсков В.М.* // Клинич. и лаб. диагностика.– 1994.– №5.– С. 91-98.
4. *Земсков А.М.* // Лаб. дело.– 1986.– №9.– С. 544–546.
5. *Караулов А.В.* Клиническая иммунология: учеб. для студентов медицинских вузов.– М.: Медицинское информационное агентство, 1999.– 604 с.

* Курский государственный медицинский университет