

хой и плотной, эпидермис, как правило, отсутствовал, ткани имели коричневый или коричневаточёрный цвет с повреждениями в виде разнонаправленных линейных, различной глубины расстрескиваний, обнажающих жировую клетчатку, а иногда и мышцы. Четвертая степень характеризовалась значительными повреждениями не только мягких тканей, но и костей. При незначительном механическом воздействии происходило разрушение обгоревших тканей. Обнажённые внутренние органы плотные, чёрные, резко уменьшены в размерах. Кровь сохранялась лишь в зонах, максимально отдалённых от областей с подобными изменениями. При этом происходит её загустение вплоть до формирования сухих легко крошащихся комочков красного цвета. Следует отметить, что погибшие, доставлявшиеся с мест пожара, как правило, имели одновременно несколько степеней термического поражения тканей.

Для установления влияния высокотемпературного фактора на содержание карбоксигемоглобина и этилового алкоголя в крови и жидких средах из различных региональных зон трупов, обнаруженных в очагах возгорания, нами были проведены сравнительные исследования этих показателей в основной и контрольной группах наблюдения. Основную группу составили погибшие, имеющие ту или иную степень термических изменений тканей, в контрольную вошли лица, умершие от отравления угарным газом, но не подвергавшиеся

воздействию пламени. Был произведен межгрупповой многофакторный анализ с применением статистических методов, позволивших сделать следующие выводы:

1. Высокая температура оказывает существенное влияние на концентрацию этанола и карбоксигемоглобина в крови из различных отделов сосудистой системы;
2. Увеличение площади и степени термических повреждений тканей вызывает снижение концентрации карбоксигемоглобина в крови от трупов лиц, подвергшихся воздействию пламени;
3. Подобные же процессы отмечали в отношении концентрации этилового алкоголя, причём, было установлено, что этанол сдерживает насыщение крови окисью углерода, что приводит к наступлению смерти при относительно более низких концентрациях карбоксигемоглобина в сосудистом русле.

Таким образом, полученные результаты убедительно доказывают необходимость учёта степени и площади термических изменений при оценке уровня этанола и карбоксигемоглобина в крови погибших, подвергшихся воздействию пламени в очаге пожара. Определённая коррекция результатов токсикологических исследований должна производиться в отношении этих же показателей у лиц, погибших от отравления угарным газом в зависимости от наличия у них этанола в крови.

© КИРДЕЙ Е.Г., БЫКОВ И.М., АБУИСНЕНЕХ В.А. –  
УДК 61665-002:615.37

## РОЛЬ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

*Е.Г. Кирдей, И.М. Быков, В.А. Абуисненех.*

(Иркутский государственный медицинский университет)

Хронический простатит – распространенное заболевание мужчин молодого и среднего возраста, осложняющееся в 30-60% случаев рецидивным течением (В.Н. Ткачук, 1994; О.Л. Тиктинский, 1985). В патогенезе заболевания ведущими являются полиэтиологические факторы: восходящая и гематогенная специфическая и неспецифическая инфекция, конгестивные, гемодинамические и нейротрофические расстройства, склеротические изменения простаты, нарушения иммунитета с явлениями аллергии и аутоагрессии (Н.А. Лопаткин, 1998; Э.К. Арнольди, 1999).

В течение последних 3 лет пролечено 125 больных, страдающих рецидивирующим хроническим простатитом. При их клиническом обследовании диагностировали различную микрофлору в моче, соке простаты и уретральных выделениях, а также характерные изменения показателей иммунного статуса по тестам I-II уровней. У 102 (80%) больных выявили следующие нарушения клеточного иммунитета: снижение количества Т-лимфоцитов

(Е-РОК), Т-хелперов и Т-супрессоров при повышении общего числа лимфоцитов, снижение в 2 раза фагоцитарной активности (АФ) нейтрофилов и активности нейтрофилов в тесте с нитросиним тетразолием (НСТ) в спонтанном и индуцированном вариантах, гиперглобулинемию IgG и IgM и увеличение ЦИК. У 23 из 125 больных не выявили изменений иммунных показателей, особенно при абактериальных формах с небольшой длительностью заболевания. Эти изменения иммунного статуса подтверждают существенную их роль в развитии воспалительного процесса в предстательной железе.

Мы проводили больным различные варианты комплексной антибактериальной терапии с иммуннокоррекцией. Для оценки эффективности методов лечения разделили на 3 группы больных: в основную вошли 43 (34,4%) больных, которым в комплекс лечения включали экстракорпоральную иммуннокоррекцию тималином и лейкинфероном, во вторую – 37 (29,6%) – с внутримышечным вве-

дением этих же препаратов и третью – 45 (36%) – у которой не применяли иммуномодулирующих средств.

В ближайшие сроки после лечения наблюдали наибольшую эффективность у больных основной группы – что проявлялось улучшением общего состояния, исчезновением болей в промежности, уменьшением размеров предстательной железы в связи с купированием отека и восстановления функции выводных протоков ацинусов. У 34 (79,1%) больных стала нормальная микроскопическая картина простатического сока, у 9 (20,9%) – сохранились изменения в виде снижения числа лецитиновых зерен и единичных лейкоцитов в полях зрения. Во II группе микроскопическая картина простатического сока пришла к норме у меньшего числа – у 20 (54,1%) больных, как и в III – у 22 больных (48,8%).

В основной группе больных наступило улучшение показателей иммунного статуса: увеличение количества Е-РОК и Е-РОК т.ч., снижение показателей спонтанного НСТ теста с одновременным увеличением количества формазанположительных гранулоцитов в стимулированном варианте, снижение количества циркулирующих иммунных комплексов, нормализация основных классов иммуноглобулинов, увеличение более чем

в 2 раза индекса стимуляции при реакции бластотрансформации лимфоцитов. Показатели иммунного статуса у больных II группы сохранились на более низком уровне, а у III изменений иммунных показателей не произошло.

В отдаленном периоде в сроки 1,5-2 года после лечения наблюдали полное клиническое выздоровление с нормализацией акта мочеиспускания и потенции в 88,3% случаев основной группы, в 75,6% – II и в 62,2% – III.

Рецидивы обострений хронического простатита за этот период наблюдались у 3 (6,9%), 6 (16,2%) и 10 (22,2%) больных в I, II и III группах соответственно.

Все больные отмечали хорошую переносимость процедур и лишь у 5 (11,6%) больных после первого сеанса иммуннокоррекции возникало повышение температуры до 37,3-37,5°C, которая прошла на 3-5 день без лечения.

Таким образом, комплексная антибактериальная терапия с экстракорпоральной иммуннокоррекцией при хроническом простатите представляет обоснованный и высокоэффективный метод, обеспечивающий снижение числа прогрессирующих осложнений и рецидивов заболевания и стойкое выздоровление большинства больных.

© ПУРЭВСУРЭН С., ЦЭЦЭГМАА С., НАРАНТУЯА С., МЯГМАР Л., МЕНГЕНЦЭЦЭГ Л., ФЕДОСЕЕВА Г.М. –  
УДК 615.322:633.88

## К ВОПРОСУ ФИТОХИМИЧЕСКОГО И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ОСТРОЛОДОЧНИКА ТЫСЯЧЕЛИСТНОГО (*Oxytropis myriophylla* (Pall) DC)

С. Пурэвсурэн, С. Цэцэгмаа, С. Нарантуяа, Л. Мягмар, Л. Менгенцэцэг, Г.М. Федосеева.

(Монгольский государственный медицинский университет, Институт химии и химической технологии, Академия наук, Иркутский государственный медицинский университет)

Остролодочник тысячелистный (*Oxytropis myriophylla* (Pall) DC) семейства *Fabaceae* использовался в тибетской медицине под названием “дагша гарбо” как гемостатическое, жаропонижающее, диуретическое, противовоспалительное, болеутоляющее при зубной боли средство, а также применялся при септикопиемии, интоксикациях. В Забайкалье и в тибетской медицине использовали при сердечно-сосудистых заболеваниях (Раст. рес., 1987). В монгольской медицине его применяли как ранозаживляющее, при простудных заболеваниях, пищевых интоксикациях, гриппе и в составе лекарственных сборов как жаропонижающее средство (Ц. Хайдав, 1983).

Целью настоящего исследования явились химическое изучение *O. myriophylla*, изыскание действующего начала их фармакологической активности и разработка лечебного препарата из *O. myriophylla*.

### Материалы и методы

Материалом для данного исследования служила надземная часть *O. myriophylla*, заготовленная в период цветения. Выделение веществ осуществляли экстракцией этанолом и последующей обработкой гексаном, хлороформом, этилацетатом и бутанолом. Из хлороформной фракции с помощью колоночной хроматографии было выделено 10 веществ в индивидуальном виде. Идентификацию выделенных веществ устанавливали методами ИК-, <sup>13</sup>C ЯМР-, <sup>1</sup>H ПМР- и масс спектроскопии.

Токсичность препарата *O. myriophylla* проверяли на 30 белых мышах весом 18,5-23 грамма. Исследование проводили методом Г.Н. Першиной путем введения препарата внутривенно и внутривенно. Для изучения противовоспалительного действия *O. myriophylla* брали 10 белых мышей весом от 18,5 до 23 граммов и вызывали