ным образом оценен и использован руководством страны для прироста ее экономического потенциала. Фактически отечественные ученые трудятся для обогащения иностранных фирм. Родное же государство практически предоставило им полный контроль над нашим внутренним медицинским рынком в деле обеспечения медицинских учреждений инструментарием, оборудованием и медикаментами, получая за счет нас с вами огромную прибыль. В настоящее время Россия не имеет собственной медицинской промышленности, гибко реагирующей на внутренний потребительский рынок. Кроме того, техническое оснащение больниц напрямую зависит от спонсорской помощи, и если таковой не имеется, то врачи работают за счет использования инструментов давно переживших свой срок эксплуатации, а то и просто непригодных к применению. От этого, конечно, существенно страдает и качество медицинской помощи.

2. Отношение самих жителей России к своему здоровью. В этой проблеме нужно выделить две принципиально разные позиции. Первую можно связать с бедностью и бытовой неустроенностью людей, когда они в силу указанных обстоятельств, просто не в состоянии организовать для себя и членов своей семьи рациональное питание и отдых. Огромный вред для здоровья людей наносят и постоянные террористические акты, которые фактически создают у нас состояние хронического стресса. Вторую же нужно отнести к серьезным ошибкам и просчетам в деле прививания подрастающему поколению здорового образа жизни. Это привело к стремительному росту курильщиков. Особенную тревогу вызывает вовлечение в этот пагубный для здоровья процесс женщин. Информации же о том, что им в силу особенностей их организма курить строго противопоказано, нет ни в одной из телепередач. В школьной же программе вообще даже нет намека на это. Наоборот, всех героинь многосерийных сериалов можно отнести к злостным курильщицам, а рекламные щиты - с призывом курить - были убраны с улиц городов только в последний год, то есть слишком поздно, так как уже целое поколение выросло на рекламе табака. Результат от этой погрешности в здоровом образе жизни людей проявится уже в ближайшее время - ростом онкологических, сосудистых и прочих заболеваний. Экономические же затраты на лечение этих больных будут неизмеримо выше, чем прибыль, полученную от продажи табачных изделий. Когда спрашиваешь об этом руководителя любого звена управления, то убеждаешься в том, что это им хорошо известно. Невольно возникает вопрос, что же тогда вы бездействуете? Почему - то считают, что это задача органов здравоохранения. И это мнение имеет законную силу, но все дело в том, что у медиков нет никаких возможностей для рекламы пропаганды здорового образа жизни. Эту задачу под силу решить только государству с привлечением компетентных ученых и врачей. Наконец - то, следует незамедлительно ввести в школе соответствующий предмет, выделить время на каналах телевидения и начать уличную рекламную агитацию, а также и другие известные способы пропаганды, позволяющие усилить самосознание населения об целесообразности жить без вредных привычек, чем умирать на двадцать

лет раньше положенного жизненного срока, при этом значительную часть жизни проведя в мучениях.

3. Очень остро стоит вопрос о подготовке и трудоустройстве молодых ученых. В настоящее время быть или не быть выпускнику медицинской академии или университета ученым часто определяется не его способностями к научной деятельности, а наличием в городе жилплощади и общественным ( особенно медицинским) положением родителей или других родственников. Преемственность поколений, конечно, существует и к ней нужно относиться положительно, но в пределах разумного. Нечего путного не выходит из слабых соискателей на научную должность - какими амбициозными не были желания их родителей. От этого в первую очередь страдают сами претенденты, во - вторую - государство, так как творческая отдача от них нулевая. Лицам же, у которых проявился изобретательский талант, необходимо создавать стартовые бытовые условия во всем, так как, как правило, они оказываются мало приспособленными к рыночной экономике и в результате влачат полуголодное существование на квартирах и в общежитиях. Это снижает их коэффициент полезного действия, да и жалкое их бытовое положение не является примером для подражания.

## К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ОСТРОКОНЕЧНОГО КОНЛИЛОМАТОЗА

Шперлинг Н.В. Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Генитальный остроконечный кондиломатоз (ГОК) в мире по числу случаев (около 30 миллионов в год) занимает третье место после трихомониаза и хламидиоза. Современные принципы лечения генитальных кондилом заключаются в ранней диагностике, локальном удалении патологически измененной ткани, а также предупреждении рецидивов (иммунокоррекция, интерфероны, витаминотерапия). Несмотря на множество предложенных локальных методов лечения, остается резистентность заболевания к терапии, высокая частота рецидивирования (до 70%), что представляет серьезную клиническую проблему. Учитывая вирусную этиологию ГОК, вызываемого вирусом папилломы человека (ВПЧ), перспективным направлением в лечении этого заболевания является разработка иммунотропной терапии.

Одним из основных звеньев формирования противовирусной защиты организма является система интерферона, поэтому целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности комплексной терапии, включающей химическую деструкцию кондилом солковагином в сочетании с пероральным применением индуктора эндогенного интерферона — йодантипирина.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 68 человек от 16 до 58 лет с экзофитной формой генитального остроконечного кондиломатоза с множественными разрастаниями и размерами конди-

лом до 0,5 см. В ходе обследования оценивался гинекологический и урологический статус, выявлялись ассоциированные заболевания, передаваемые половым путем, в анамнезе или на момент исследования. Все больные были распределены на 2 группы: пациентов первой группы (18 человека) лечили с помощью химической деструкции кондилом, второй (50 человек) — химической деструкцией в сочетании с одновременным назначением йодантипирина. Йодантипирин назначали по 100 мг 2 раза в день в течение 25 дней и в последующем по 100 мг 1 раз в день в течение 50 дней. Для установления факта элиминации ВПЧ из организма проводили обследование с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты клинических наблюдений показали, что в течение первого месяца лечения в обеих группах частота рецидивов заболевания была довольно высока и существенно не различалась. В последующем, через 6 мес от начала лечения определялась четкая тенденция к увеличению эффективности терапии с применением химической деструкции совместно с йодантипирином, на что указывали низкие показатели частоты рецидивов (4%) и присутствия ВПЧ в тканях (12%) во второй группе по сравнению с соответствующими показателями в первой группе пациентов (61% и 83%).

Высокая терапевтическая эффективность йодантипирина, по всей видимости, обусловлена его выраженными иммунотропными свойствами. Так, установлено, что препарат тормозит процессы воспаления, ингибирует репродукцию РНК- и ДНК-содержащих вирусов, является эффективным индуктором интерферона: через 6 ч после введения препарат стимулирует образование интерферона в лейкоцитах. Иммуномодулирующая активность препарата проявляется усилением синтеза вируснейтрализующих антител, стимуляцией клеточного иммунитета – зрелых Т-лимфоцитов, натуральных киллеров, хелперов.

Таким образом, применение йодантипирина в комплексной терапии остроконечного кондиломатоза позволяет добиться стойкого клинического эффекта и предотвратить рецидивы заболевания. Кроме того отсутствие аллергенных свойств и побочных эффектов йодантипирина, пероральный способ его применения, не требующий присутствия медицинских специалистов и позволяющий избежать постинъекционных осложнений, относительная дешевизна и доступность приобретения препарата в сети аптек позволяют широко применять данный способ лечения практически у всех больных, обратившихся по поводу генитального остроконечного кондиломатоза, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

## О СОСТАВЕ МЕМБРАННО-СВЯЗАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ МЕТГЕМОГЛОБИНЕМИЯХ

Шперлинг И.А., Рязанцева Н.В., Куприна Н.П., Филиппова О.Н., Рогов О.А., Акимова В.В., Бас В.В. Томский военно-медицинский институт, Сибирский государственный медицинский университет, Томск

В патогенезе гипоксии при метгемоглобинемиях основная роль традиционно отдается нарушению кислородсвязывающей способности гемоглобина и, как следствие, снижению кислородной емкости крови. Вместе с тем, нарушения функциональных свойств эритроцитов, в основе которых лежат изменения структурно-метаболического состояния красных клеток крови, являются существенными факторами в формировании гипоксического синдрома. При этом большое значение придается физико-химическим и структурным свойствам мембран, влияющим на способность циркулирующих эритроцитов проникать в сосуды микроциркуляторного русла для осуществления газообмена.

Нарушению структурно-функционального состояния липидного бислоя мембран эритроцитов способствуют различные повреждающие факторы, в том числе повышение содержания мембранно-связанного гемоглобина (МСГ), количество которого увеличивается при повышении уровня метгемоглобина (MetHb) в клетке. Исследование качественного состава МСГ при метгемоглобинемиях могут внести существенный вклад в разработку новых патогенетически обоснованных методов терапии данной патологии.

В связи с этим целью нашего исследования явилось определение состава мемранно-связанного гемоглобина по содержанию дериватов гемоглобина в эритроцитах у крыс при метгемоглобинемии в эксперименте.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 8 белых беспородных крысах. Метгемоглобинемию у животных создавали однократным внутрибрюшинным введением 0,6% раствора нитрита натрия в дозе 90 мг/кг (DL $_{50}$ ). Кровь получали из хвостовой вены через 1,5 ч от начала введения вещества, стабилизировали гепарином (50 ЕД/мл крови) и определяли уровень МеtНb (%) в крови по методу М.С. Кушаковского (1968). О качественном составе МСГ в эритроцитах судили по спектроскопической убыли дериватов гемоглобина из гемолизатов после центрифугирования их при 6500 об/мин в течение 30 мин. После регистрации обзорных спектрограмм измеряли экстинкции на волновых пиках оксигемоглобина (536 и 572 нм) и метгемоглобина (630 нм) («Specord M40). По разности экстинкций при соответствующих длинах волн до и после центрифугирования вычисляли индекс МСГ в виде отношения конечной экстинкции к исходной, причем снижение индекса свидетельствовало о повышении МСГ в гемолизатах и, следовательно, в мембранах эритроцитов.

**Результаты и обсуждение.** Уровень MetHb в исследуемых пробах крови в среднем составлял 52%. Индекс МСГ для оксигемоглобина составил в среднем 0,885 усл. ед., а для метгемоглобина - 0,315 усл. ед.