

**ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА  
В ЭПИТЕЛИИ БУЛЬБОУРЕТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ  
У МУЖЧИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ  
ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ**

Боронихина Т.В.

*Московская медицинская  
академия им. И.М. Сеченова,  
Москва*

Исследовали бульбоуретральные железы (БУЖ), изъятые при аутопсии мужчин, погибших от случайных причин во втором периоде зрелого возраста. Материал подразделяли на две возрастные подгруппы: 36–45 лет и 46–60 лет. Проводили макроскопическое исследование простаты на предмет выявления в ней узловых изменений и случаи с наличием или отсутствием гиперплазии простаты исследовали отдельно. Использовали иммуногистохимические реакции с моноклональными антителами к PCNA, для определения индекса пролиферации эпителиоцитов, и к проапоптотному белку p53, для оценки интенсивности клеточной гибели.

Полученные результаты показывают, что у мужчин без узловых изменений в простате в подгруппе 46–60 лет, по сравнению с подгруппой 36–45 лет, экспрессия p53 и индексы PCNA в эпителии протоков и в секреторных отделах БУЖ возрастают. Выявленная активация апоптоза может быть следствием возрастного снижения уровня андрогенов, а стимуляция пролиферации – ответной реакцией эпителия на локальные клеточные потери. Такая же закономерность обнаруживается у мужчин с доброкачественной гиперплазией простаты, но при этом в обеих возрастных подгруппах значения экспрессии p53 и индексов PCNA в протоках и в концевых отделах БУЖ оказываются значительно ниже аналогичных показателей у лиц того же возраста, не имеющих узловых изменений в предстательной железе. Возможно, что повышенный уровень циркулирующего дегидротестостерона, возникающий при развитии доброкачественной гиперплазии простаты, подавляет апоптоз клеток мишеней и тем самым снижает пролиферативный ответ эпителиоцитов БУЖ.

Независимо от наличия или отсутствия гиперпластических изменений в простате, у мужчин в возрасте 36–45 лет суммарное значение экспрессии p53 в эпителии БУЖ превышает суммарный индекс пролиферации. У мужчин в возрасте 46–60 лет эти показатели не отличаются друг от друга, свидетельствуя о балансе процессов репродукции и гибели железистых клеток. В этот возрастной период подобное равновесие не может поддерживаться только андрогенами, концентрация которых неуклонно падает, и является, вероятно, результатом действия целого комплекса гормональных и локальных факторов, контролирующих пролиферацию и апоптоз в эпителии БУЖ.

**ИНФОРМАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ  
В НАРКОЛОГО-КРИМИНОЛОГИЧЕСКИХ  
ИССЛЕДОВАНИЯХ**

Былкова Н.К., Киселев В.И., Мотрич Е.Л., Савин С.З.

Несмотря на определенные успехи в деле профилактики, ранней диагностики и лечения наркоманий, проблема распространения психоактивных веществ (ПАВ) остается одной из важнейших для медицины, криминологии, социологии, психологии и экономики. Неуклонный повсеместный рост наркологической заболеваемости, ее распространение в регионах умеренного и низкого риска, большие моральные и экономические потери, связанные с лечением и социальной защитой пациентов, неизбежные прямые и косвенные потери производительных сил, отсутствие доступных методов доклинической диагностики и методов выявления контингентов риска наркологической зависимости актуализируют междисциплинарный характер исследований.

Дальний Восток с его своеобразным населением (аборигены и переселенцы), собственным производством ПАВ, широким спектром климатических и биогеохимических условий, уникальной демографической обстановкой – благодатное поле для проведения наркологических, социально-психологических, эпидемиологических исследований с применением информационных технологий.

Теоретической основой разработок является системный анализ и математическое моделирование с применением методов социальной психологии, аппарата теории игр и геоинформатики для обработки разноплановой информации при принятии решений по оптимизации структуры наркологической помощи, профилактике и охране психического здоровья населения и сохранения генофонда популяции человека. Сочетание новых информационных технологий и современных математических методов решает широкий спектр задач анализа и прогноза событий, планирования как стратегических, так и индивидуальных мер в борьбы с наркотиками. Установки и мнения, касающиеся психических болезней и здоровья, являются одним из ярких проявлений влияния культурных различий на мировоззрение и поведение. Наркозависимые испытывают большие трудности в контроле над недугом за счет высокой чувствительности к социальной отверженности. У большинства наблюдается быстрый темп прогрессирования на фоне самоизоляции, что приводит к значительному ограничению жизнедеятельности пациентов в различных сферах: двигательной, коммуникативной, когнитивной, профессиональной и др. Разрушение привычных социально-бытовых и общественных связей, крах обычного образа жизни, особенно у аборигенов, глубоко затрагивают личность потребителя ПАВ. Наряду с адекватными приспособительными реакциями наблюдаются грубые расстройства личности, сопровождающиеся поведенческими, эмоциональными и мотивационными нарушениями, психическому суициду. В значительной мере прогноз определяется психосоматическими и духовными аспектами отношения к болезни, лечебно-реабилитационному процессу. Нами использовались психометрические и социометриче-

ские методы изучения поведенческих реакций (скрининг-опрос, интервью, тестирование, игра, интеракция), медицинские методы (опрос, натурное наблюдение, катamnестическое, эпидемиологическое исследование), социологические методы (изучение медицинской и социальной активности пациентов в процессе интервью), методология этнокультурального и транскulturального анализа, методы информационного моделирования, медико-экологические геоинформационные системы (МЭГИС). Помимо наркоэпидемиологической, социологической, демографической, криминальной статистики и данных социальной и экологической напряженности тематическими слоями МЭГИС выступают сведения о распространении ПАВ, наркологической заболеваемости, а также макроэкономические и социально-демографические параметры (показатели естественного прироста и убыли населения, занятость населения, половозрастной состав, индекс миграции, уровень преступности, оборот ПАВ и пр.). Популяционные наркоэпидемиологические исследования проведены по оригинальной идеологии метода информационного моделирования, теоретико-игровых моделях поведения потребителей ПАВ (коалиционная игра N лиц) и популяции в целом при адаптации в экстремальных природных и социальных условиях.

Информационное моделирование в рамках работ по проекту РГНФ № 05-06-06098а «Информационное моделирование групповых зависимостей потребителей психоактивных веществ» на основе данных лабораторных исследований позволяет по-новому подойти к наркологическим аспектам классификации психосоматических синдромов и информационных неврозов, обусловленных дефектами тимуса; прогнозированию характера иммунных нарушений с учетом ведущего повреждающего фактора; оценке тяжести структурно-функционального дефекта при интегральной оценке влияния социально-экономических факторов и загрязнения окружающей среды в регионе.

#### **ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ В Г. СОЧИ С 1995 ПО 2003 гг.**

Дворников В.С., Гавалиди И.С.,

Хурумов В.В., Купеев А.Э., Купеев Э.А.

*Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия, Особый оперативный отдел  
«Война. Эпидемия. Беженцы», РСО-Алания,  
Владикавказ*

Чесотка - крайне неприятная болезнь, которая легко передается и причиняет страдания благодаря зуду, особенно интенсивному вначале. Другое название этого заболевания - скабиес, от латинского «scabere» - чесать, царапать. С помощью правильного лечения с этой очень часто встречающейся в последние годы болезнью можно легко справиться. Вызывает данное заболевание чесоточный клещ (*Sarcoptes scabiei*) - кожный паразит, проникающий в эпидермис. Открытие чесоточного клеща состоялось в 1687 году итальянскими медиками Бонамо и Честони.

Инкубационный период между заражением и первыми заметными симптомами продолжается несколько недель. Первый признак заболевания - сильный зуд, вызываемый передвижением паразитов и становящийся особенно невыносимым ночью. Зуд распространяется практически по всему телу за исключением лица, шеи и участков кожи, покрытых волосами. Сопровождается заболевание, как известно, неспецифическими и специфическими симптомами: а) часто напоминающие экзему участки кожи с красными, шероховатыми гнойничками и серозно-кровянистыми струпьями; б) ходами, сделанными самкой возбудителя чесотки, напоминающими на поверхности кожи серовато-красные черточки, изогнутые под углом 5-10 мм. Другими признаками, относящимся к специфическим являются плоские, прозрачные, перламутрового оттенка пузырьки между пальцами.

По наблюдениям Особого оперативного отдела «Война, эпидемии, беженцы» риск возникновения и распространения чесотки особенно высок в военных коллективах, а также среди многочисленных лиц без определенного места жительства, беженцев, заключенных. Данный факт ставит перед всеми административными органами задачу: непременно заниматься любым подозрительным случаем, принимая действенные меры для предупреждения и лечения данной болезни.

По мнению нашей организации, принимая во внимание вышеизложенные данные, необходимо:

1. проводить дезинфекцию лиц, находящихся в очаге болезни;
2. проводить дезинфекцию всех других членов коллектива, даже если клинические симптомы у них еще не проявились (инкубационный период примерно месяц);
3. проводить дезинфекцию помещений и всего, с чем так или иначе соприкасался больной.

Особенно опасными являются места лишения свободы, так как именно здесь наблюдается антисанитария. Также к группе риска, как уже указывалось, относятся лица без определенного места жительства, маргиналы, военнослужащие. Рассмотрим этапы лечения:

1. Больной принимает теплую ванну продолжительностью до 20 мин. с грубой мочалкой. На влажную кожу наносится античесоточная жидкость или мазь в следующие места на теле:

- а) передняя часть туловища;
- б) суставы кистей;
- в) межпальцевые складки;
- г) место вокруг сосков на груди;
- д) гениталии;
- е) пах и нижняя часть ягодиц.

После этого больной должен вытереться и надеть чистую пижаму. Через час - нанесение жидкости или мази (той же). На второй день всю процедуру повторяют, исключая двойное нанесение акарицидного раствора. В следующие 48 часов больной не должен мыться. С помощью прописанных кортикостероидов (до 4-5 дней) лечение завершается, наступает выздоровление.