

динамики) в развитии сексуальных нарушений у мужчин при длительном существовании хронического трихомониаза. Особо следует отметить влияние дефицита цинка и селена на подвижность сперматозоидов при хроническом уретрите, что необходимо учитывать при выборе адекватной терапии. На основании результатов проведенных исследований разработан комплекс диагностических исследований, позволяющий максимально детализировать осложнения хронического урогенитального трихомониаза. Предложены и обоснованы эффективные комплексы лечения хронического урогенитального трихомониаза, осложненного нарушениями репродуктивных функций, детерминированные не только этиологическими, но и патогенетическими факторами. Показана необходимость параллельной с лечением основного заболевания коррекции нарушений микроэлементного гомеостаза, что может быть достигнуто применением БАД, содержащих микроэлементы.

**ОСОБЕННОСТИ
ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
УРЕТРИТОМ**

Устинов Д.В., Айзикович Б.И., Антонов А.Р.,
Айзикович И.В.

*НИИ клинической иммунологии СО РАМН
ЗАО «Медицинский центр Авиценна»
Новосибирск, Россия*

По данным ВОЗ, трихомониаз является одним из самых распространенных заболеваний урогенитального тракта. В настоящее время, благодаря улучшению техники и системы обследования больных трихомониазом, установлено, что в различных странах нашей планеты болеют не менее 180 миллионов людей. Считается, что 10 – 20% женщин в детородный период своей жизни переносят эту инфекцию, а 6 – 15% половоактивных мужчин являются носителями или больными. Проблема влияния микроэлементов на иммунный ответ, систему цитокинов, естественную киллерную активность остается малоизученной. Практически отсутствуют подобные сведения в отношении больных с трихомонадным уретритом. Учитывая, что трихомониаз является внутриклеточной инфекцией, а многие эссенциальные микроэлементы действуют на уровне мессенджерных внутриклеточных систем, индуцируя продукцию и потенцируя действие целого ряда клеточных цитокинов, стимулирующих ЕКК, отдельные звенья клеточного и гуморального иммунитета, изучение особенностей иммуно-

логической реактивности и микроэлементного статуса при трихомониазе имеет не только выраженный теоретический, но и практический интерес.

Нами показано, что острый трихомонадный уретрит до лечения сопровождается достоверным повышением содержания ИЛ-1 β на фоне нормальных значений ИЛ-6 и ИЛ-2. Установлено, что, в отличие от острого, при хроническом трихомонадном уретрите тестируются достоверно высокие концентрации ИЛ-6, низкие ИЛ-2 и нормативные ИЛ-1 β . Полученные данные свидетельствуют о выраженности воспалительных процессов, реализуемых посредством различных провоспалительных цитокинов при обеих формах патологического процесса. Достоверно низкое содержание ИЛ-2 при хроническом трихомонадном уретрите свидетельствует о снижении активности Т-клеточного звена иммунной системы. Выявлено, что у обследуемых больных имеется выраженный микроэлементоз, взаимосвязанный с изменениями иммунологической реактивности. Показан выраженный цинк-, селено- и марганецдефицит в плазме крови у больных с трихомониазным уретритом, более выраженный у при хроническом течении. Вероятно, изменения иммунного статуса при хроническом трихомониазном уретрите носят дизадаптивный характер, что проявляется развитием хронического иммунного воспаления. Полученные данные позволяют оценить вклад иммунометаболических нарушений в патогенез трихомониазного уретрита. Выявленные особенности микроэлементного статуса у мужчин с острым и хроническим трихомонадным уретритом свидетельствуют о наличии вторичного микроэлементоза, который является патогенетическим звеном иммунологической недостаточности при трихомониазе. Выявленные в динамике наблюдения нарушения в содержании таких МЭ, как цинк, медь, марганец и селен, дают основания считать их необходимыми компонентами полноценного иммунного ответа. Комплекс проводимых лечебных мероприятий у пациентов с хроническим трихомонадным уретритом к 14-м суткам наблюдения приводит к достоверному повышению содержания ИЛ-2 и снижению до нормативных значений ИЛ-6. Полученные данные свидетельствуют об адекватности проводимой терапии, направленной на активацию клеточного звена иммунной системы и купирование процессов воспаления. Эти результаты должны учитываться в клинике при коррекции нарушений в содержании микроэлементов (меди, цинка, селена и марганца), особенно при хроническом течении трихомониаза.

Важным следствием проведенных исследований является следующее: микроэлементоз возникает раньше, чем проявления иммунологической недостаточности, и, вероятно, потенцирует последние. Чем обусловлен сам микроэлементоз при трихомониазе? Причин, скорее всего, несколько: перераспределение микроэлементов между микро- и макроорганизмами на основе качественно новых, пока неизвестных, закономерностей, поскольку сам возбудитель заболевания в той же степени нуждается в микроэлементной «подпитке»; патогеохимических особенностях ареала обитания; пищевом рационе.

ИСТОРИЯ ИМЕН НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Шевцова А.И., Субботина В.Г., Папшицкая Н.Ю., Оленко Е.С., Екимова Н.В.
*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Росздрава»
Саратов, Россия*

Нейроциркуляторная дистония (НД) – это пограничное состояние, которое при определенных условиях под влиянием внешних и внутренних факторов может трансформироваться в болезненное состояние, причем чаще всего психосоматического ряда: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь и др.

Таким образом, НД может манифестировать различными симптомами и синдромами и носить разнообразные клинические и нозологические маски.

До сих пор не существует единой терминологии функциональной патологии сердца. Наиболее ранние описания были сделаны военными медиками у мужчин военнослужащих. Британский врач W. MacLean (1867г.) предложил термин «раздраженное» сердце.

В 1871 г. J. Da Costa, исследования которого базировались на наблюдении ветеранов гражданской войны в США, дал детальную характеристику такого «раздраженного» или «возбужденного» сердца, подчеркнув его связь в значительной части случаев с предшествующими инфекционными заболеваниями. Меньшее распространение получили появившиеся в период I мировой войны термины «солдатское» сердце, синдром «усилия», «болезненная грудь».

Позднее рядом авторов подобные функциональные расстройства деятельности сердца были отнесены к таким нозологическим единицам как неврастения и «невроз тревоги». Американский врач В. Орпенheimer (1918 г.)

вместо всех этих терминов предложил использовать термин «нейроциркуляторная астения». Также в зарубежной литературе ряд исследователей до сих пор применяют термин «невроз сердца». Термин «НД» был предложен Н. Н. Савицким в 1963, им же было предложено деление НД по ведущим клиническим проявлениям на гипертонический, гипотонический и кардиальный типы.

Изучение связей функциональных нарушений вегетативной нервной системы и сердечно-сосудистой системы привело к появлению таких терминов как «вегето-сосудистая дистония» (ВД), «вегетативная дисфункция», «вегетативный невроз», «вегетативная дисрегуляция». Наибольшее распространение получил термин «ВД», который сегодня широко используют в неврологии. В последнее время за рубежом вместо терминов «ВД» и «НД» используют термин «синдром панических атак».

Таким образом, «раздраженное», «возбужденное» сердце спустя пару десятков веков эволюционировало в «ВД» и «НД». При этом вопрос об их сущности является предметом дискуссий между кардиологами, неврологами и психиатрами до настоящего времени.

РЕЦИДИВЫ И АКТИВНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Шевченко Н.П., Шаполовский В.В.,
Дробот Н.Н.
*Кубанский государственный медицинский
университет, ГУЗ «Клинический
противотуберкулезный диспансер»
Краснодар, Россия*

Частота рецидивов в настоящее время имеет тенденцию к увеличению, поэтому важным является адекватно устанавливать сроки наступления клинического излечения туберкулеза. С целью определения эффективности лечения больных туберкулезом легких мы руководствовались данными комплексного клинко-рентгенологического обследования больного. Количество ранних рецидивов туберкулеза из III группы диспансерного учета (ГДУ) и время их возникновения в первые 1-2-года после перевода из активной в неактивную ГДУ, заставили осуществить поиск методов определения активности туберкулеза. Нами изучена активность кислой неспецифической эстеразы (КНЭ) лимфоцитов и моноцитов периферической крови цитохимическим методом. В качестве специфического стимулятора была использована провокационная проба Коха с подкожным введением 20Т.Е. Определена актив-