

Для оценки фагоцитоза использовали полистирольный латекс (размером частиц 1,5 мкм). При этом учитывали количество нейтрофилов участвовавших в фагоцитозе.

Для оценки функциональных резервных возможностей нейтрофилов использовали тест с нитросиним тетразолием. Оценивали результаты спонтанного и индуцированного НСТ-теста. В качестве стимулятора использовали пирогенал, затем рассчитывали фагоцитарный резерв, как отношение индуцированного НСТ - теста к спонтанному (ФР). Статистическая обработка количественных величин проведена методом вариационного анализа на IBM-PC Pentium IV с применением программ Microsoft Excel 2000 и системы STATISTICA-5.

В ходе проведенных исследований зафиксировано достоверное повышение продукции ИЛ-8 ( $p < 0,01$ ). Выявлено, что продукция данного цитокина выше показателей контрольной группы  $13,4 \pm 1,3$  пг/мл уже в 1-3 сутки  $62,20 \pm 21,35$  пг/мл и нарастает к 5-7 суткам  $204,98 \pm 82,43$  пг/мл у больных с разлитым перитонитом. В группе больных с развившейся нозокомиальной пневмонией продукция ИЛ-8 была выше показателей контрольной группы, при этом превышала показатели продукции данного цитокина у больных с разлитым перитонитом  $82,70 \pm 10,11$  пг/мл в 1-3 сутки и  $254,58 \pm 18,03$  пг/мл на 5-7 сутки.

Проведенный анализ также позволил установить изменение уровня продукции ИЛ-12. Зафиксировано нарастание уровня ИЛ12p70 на 5-7 сутки  $78,37 \pm 12,95$  пг/мл у больных с разлитым перитонитом в сравнении с контролем  $7,46 \pm 0,6$  пг/мл, что свидетельствует об усилении клеточно-опосредованного иммунного ответа и инициации противинфекционной защиты. При этом у больных с нозокомиальной пневмонией в 1-3 сутки уровень продукции ИЛ12p70 был снижен  $3,18 \pm 0,71$  пг/мл и нарастал на 5-7 сутки  $11,37 \pm 3,89$  пг/мл. Одновременно с этим, были выявлены изменения уровня продукция ИЛ-12p40, который является естественным антагонистом ИЛ-12. Высокие показатели продукции данного цитокина уже в дебюте заболевания у больных с разлитым перитонитом  $200,54 \pm 40,17$  пг/мл и снижение показателей к 5-7 суткам  $34,95 \pm 8,57$  пг/мл. Уровень продукции ИЛ-12p40 в группе контроля составил  $17,58 \pm 10,95$  пг/мл. У больных с нозокомиальной пневмонией, напротив отмечается нарастание продукция данного цитокина на 5-7 сутки  $116,31 \pm 51,26$  пг/мл.

Мониторинг продукции провоспалительного ИЛ-10 позволил выявить повышение показателей на протяжении всего периода исследований у больных с разлитым перитонитом, в сравнении с контролем  $29,52 \pm 2,05$  пг/мл и  $14,14 \pm 0,8$  пг/мл соответственно. У больных с нозокомиальной пневмонией на 5-7 сутки, также зафиксирован высокий уровень продукции ИЛ-10  $38,73 \pm 5,56$  пг/мл, однако в 1-3 сутки эти показатели были ниже контроля  $7,34 \pm 1,37$  пг/мл.

При исследовании кислородзависимой бактерицидной функции нейтрофилов выявлено, снижение к 5-7 суткам фагоцитарного резерва (ФР) нейтрофилов в сравнении с 1-3 сутками ( $0,9 \pm 0,1$  и  $1,00 \pm 0,01$  соответственно). Показатели спонтанного и индуцированного НСТ- теста в 1-3 сутки оставались на одном

уровне ( $0,41 \pm 0,02$ ), при этом к 5-7 суткам незначительное повышение показателей спонтанного НСТ-теста ( $0,42 \pm 0,05$ ) и снижение показателей стимулированного НСТ- теста ( $0,39 \pm 0,03$ ).

Показатели фагоцитарной активности нейтрофилов у больных с абдоминальным сепсисом  $36,12 \pm 1,81$ , так и у больных с развившейся пневмонией на фоне перитонита  $34,82 \pm 1,20$ , были ниже показателей контрольной группы  $40,25 \pm 1,32$ .

Таким образом, полученные нами данные, свидетельствуют о более выраженном дисбалансе в системе про- и противовоспалительных цитокинов у больных с нозокомиальной пневмонией развившейся на фоне перитонита. Повышение уровня ИЛ-8 и ИЛ-12 p40 на 5 сутки может служить критерием развития нозокомиальной пневмонии у больных с абдоминальным сепсисом

При этом активация иммунной системы проявляется активацией фагоцитарно - клеточных механизмов иммунорезистентности. Однако отмечается истощение кислородзависимых механизмов бактерицидности нейтрофилов особенно выражено у больных с нозокомиальной пневмонией, отражая депрессию клеточной защиты, что может приводить к нарушению процессов киллинга микроорганизмов и завершенности фагоцитоза.

Целесообразно применение иммуномодуляторов у больных с абдоминальным сепсисом для устранения дисбаланса в системе цитокинов и вероятности развития осложнений в послеоперационном периоде.

#### НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Чамсутдинов Н.У.

*Дагестанская государственная  
медицинская академия*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одной из распространенных заболеваний пищеварительной системы. По статистическим данным распространенность ГЭРБ достигает от 10 до 20% населения высокоразвитых стран. Однако приведенные выше цифры не могут являться достаточно объективными, поскольку рекомендуемые методы диагностики данного заболевания имеют ряд недостатков. Сегодня в диагностике ГЭРБ применяют следующие основные методы исследования: гастроскопия, суточная рН-метрия, манометрия, рентгеноскопия. По данным литературы гастроскопия, рН-метрия и манометрия являются «золотым стандартом» диагностики этого заболевания. Рассмотрим недостатки указанных выше методов диагностики ГЭРБ.

Гастроскопия действительно позволяет оценить состояние слизистой пищевода и наличие в ней тех или иных патологических изменений, однако по данным Ивашкина В.Т. около 50-60% больных имеют эндоскопически «негативные форм» ГЭРБ. Следовательно, эндоскопия теряет свои «золотые качества». К тому же, если нет эндоскопически видимых патологических изменений пищевода, то нет и болезни.

Данный поход к патологии пищевода исключает наличие эндоскопически «негативных форм» ГЭРБ.

Суточную рН-метрию также нельзя рассматривать в качестве «золотого стандарта» диагностики ГЭРБ, так как у большей части больных показатели рН-метрии могут быть нормальными. По данным Ивашкина В.Т. суточная рН-метрии дает нормальные показатели у 14-29% больных с эндоскопически подтвержденным эзофагитом, т.е. у 14-29% имеет место щелочной эзофагит, вызванный щелочным составом рефлюксата (желчь и панкреатические соки). Налицо потеря «золотых качеств» и рН-метрии.

Желудочная манометрия оценивает только механическое состояние нижнего желудочного сфинктера и перистальтику желудка, но не обеспечивает никакой прямой информации относительно гастроэзофагеального рефлюкса и эзофагита.

Чувствительность рентгенологического исследования также невелика и позволяет определить лишь наличие уже имеющихся органических изменений (хиатальные грыжи, эрозии, язвы, стриктуры пищевода).

Все вопросы относительно наличия или отсутствия ГЭРБ снимает гистологическое исследование эзофагобиоптата. Для ГЭРБ обязательно наличие эзофагита. Гистологическими признаками эзофагита являются: нейтрофильная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода и увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов. При этом одним из ранних признаков эзофагита является ее эозинофильная инфильтрация, появление которой связано с раздражением дистального отдела пищевода вызываемого рефлюксом. Считаем целесообразным, для постановки диагноза ГЭРБ гистологическое его подтверждение, которое сегодня должно являться «золотым стандартом» диагностики этого заболевания. Наличие клиники заболевания и гистологическое подтверждение воспаления пищевода является бесспорным в постановке диагноза ГЭРБ.

#### **О СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМАХ ВЫЯВЛЕНИЯ, РЕГИСТРАЦИИ И УЧЕТА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) В РОССИИ**

Чекушин Р.Х., Медведева Н.Л.

*ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ, МУЗ Городская поликлиника № 20, Кемерово*

Возникшая в начале 90-х годов прошлого столетия в России эпидемия инфекций, передаваемых путем, по масштабам не имеющая аналогов в индустриальных странах, сохраняется по настоящее время. ИППП занимают значительное место среди инфекционной патологии и вызывают в целом по России у 2,5% населения воспалительные изменения мочеполовых органов [5]. Основными причинами распространения ИППП среди населения являются социальные и экономические условия, возникшие в стране в последние десятилетия, недостаточное финансирование эффективной медицинской помощи, в том числе и для проведения противоэпидемической работы [3,4].

Как известно, основой для динамического анализа и решения сложных задач по контролю за ИППП является официальная статистика. Поэтому на современном этапе важным становится повышение эффективности учета заболеваемости.

На каждый законченный случай обращения за медицинской помощью заполняется статистический талон, а на инфекции социального характера (ИППП, туберкулез) еще и специальная учетная форма. С 1 сентября 2000г. согласно приказу МЗ РФ от 7 августа 2000г. № 400 введена отчетная форма № 089/у - 00 «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок и др.». Извещение составляется в каждой медицинской организации, независимо от ведомственной подчиненности и направляется в территориальный орган санэпиднадзора. Дубль извещения направляется в специализированное учреждение по месту жительства больного.

В настоящее время появилось большое количество негосударственных учреждений по анонимному обследованию на ИППП и их лечению, для которых в перечне лицензионных требований и условий, предусмотренных Положением о лицензировании медицинской деятельности (Постановление правительства РФ № 402 от 21. 05. 01.), нет прямого указания, предоставлять отчетность о выявленной патологии учреждениям медицинской статистики. Кроме того, в приказе МЗ РФ № 400 о введении учетной формы № 089/у – 00 не сказано о ее заполнении при выявлении ИППП частными медицинскими службами.

Немаловажную роль в проблеме с регистрацией и учетом ИППП играет и то, что частные структуры не обеспечены лабораторно – диагностическим оборудованием и кадрами соответствующего профиля, прием больных проводится без соблюдения нормативных документов, медицинских стандартов. Деятельность не сертифицированных лабораторий не позволяет во многих случаях установить такие диагнозы как хламидиоз, генитальный герпес и др. Объем производства отечественных тест – систем не удовлетворяет потребностей здравоохранения, не соответствует современным требованиям. [1]

Значительное число и торпидное течение большинства ИППП, минимальные или стертые формы клинической картины инфекционно – воспалительных заболеваний урогенитального тракта создают определенные трудности в диагностике и санации этой категории больных.

Практикуемый безрецептурный отпуск антибиотиков аптечной сетью с рекламой их использования, создающей иллюзорное представление о легкости излечения сифилиса и других ИППП, потворствует самолечению и вовлечению в эту деятельность непрофессионалов[4].

Учитывая данные обстоятельства, необходимо признать факт недоучета истинных показателей заболеваемости ИППП. Наиболее часто данная ситуация проявляется в крупных городах, где одновременно функционируют большое количество разных по формам собственности предприятий хозрасчетной и коммерческой медицины. Происходит это ввиду практи-