

В результате проведенного анализа было установлено, что с возрастом на залежи идет увеличение биоразнообразия за счет появления растений различных растительных сообществ.

Существенное расширение спектра видов, в том числе из лугово-степных и лесных сообществ, также было отмечено по результатам мониторинга

начальных этапов самозарастания покровных суглинков в пределах г. Воронежа. Ход естественного зарастания изучался на почвенных завалах, образованных при строительстве. На основе 4 геоботанических описаний был изучен погодичный ход первичной сукцессии (табл.3).

**Таблица 3.** Сравнительный анализ флоры покровных суглинков

Дата описания	30.09.2001	28.05.2002	14.10.2002	29.08.2003
Сроки демутации, месяцы	1	9	13,5	24
Общее число видов	9	31	69	82
Высота ярусов, см	I – 2-5; II – 12-15	I – 2-7; II – 20-25	I – 10-20; II – 60-90	I – 17-30; II – 55-120
Многолетн. виды, %	11,1	45,2	50,7	59,7
Двулетние виды, %	-	16,1	11,6	9,8
Однолетн. виды, %	88,9	38,7	37,7	30,5
<b>Среди них:</b>				
Злаки, %	22,2	12,9	10,1	6,0
Бобовые, %	-	9,7	11,6	13,3
Разнотравье, %	77,8	67,7	66,7	69,9
Деревья, кустарники, %	-	6,5	10,1	9,6
Высшие споровые, %	-	3,2	1,5	1,2

На основе полученных данных можно предложить критерии частичного восстановления растительности. При этом целесообразно учитывать три основных признака:

1. Общее проективное покрытие должно составлять не менее 75 %.

2. Спектр жизненных форм, помимо стержнекорневых и одно-, двулетних растений должен содержать не менее половины корневищных, рыхло- и плотнокустовых видов.

3. Флора изучаемого участка должна включать виды как можно большего числа растений различных ценогических групп.

### **ФАГОЦИТАРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ**

Оболонкова Н.И., Каменев В.Ф.

*Белгородский государственный университет,  
Белгород*

Отсутствие эффективной иммунной защиты приводит к персистенции микроорганизмов в дыхательных путях и развитию хронического воспаления, которые проявляются частыми обострениями или рецидивирующими инфекциями. В поддержание локального воспаления существенный вклад вносят и иммунные клетки.

Воспалительный процесс в легких вызывает значительный приток нейтрофилов. Они секретируют различные протеиназы, которые могут иметь отношение к паренхиматозной деструкции и хронической гиперсекреции слизи. Их миграция регулируется не только факторами воспаления, но и макрофагами. Альвеолярные и интерстициальные макрофаги при

взаимодействии с лимфоцитами поддерживают стерильность легких. Функциональная активность макрофагов снижается под влиянием эндогенных (ацидоз, интоксикация) и экзогенных (алкоголь, переохлаждение, истощение и др.) факторов. Центральная роль активированного макрофага прослеживается на протяжении всего воспалительного процесса не только по отношению к клеткам иммунной системы, но и другим регуляторным системам организма. С течением времени воспаление разрушает легкие и ведет к патологическим изменениям, характерным для хронической обструктивной болезни легких.

**Целью данного исследования является изучение функциональной активности фагоцитов в жидкости бронхоальвеолярного лаважа у больных хроническим обструктивным бронхитом.**

Для оценки активности фагоцитов в просвете бронхиального дерева у 38 больных хроническим обструктивным бронхитом в бронхоальвеолярных смывах изучено количество альвеолярных макрофагов и нейтрофильных гранулоцитов, их фагоцитарное число и фагоцитарный индекс.

Если в группе здоровых лиц содержание альвеолярных макрофагов равно  $65,1 \pm 2,0\%$ , то при хроническом бронхите число этих клеток уменьшается соответственно до  $49,4 \pm 1,5\%$  / $p < 0,001$ /. Снижаются также показатели фагоцитарной активности этих клеток. Так фагоцитарное число и фагоцитарный индекс снижаются до  $36,5 \pm 1,2\%$  и  $4,9 \pm 0,3$  соответственно. В норме эти показатели составляют  $60,5 \pm 2,1\%$  и  $4,3 \pm 0,2$ .

Содержание нейтрофильных гранулоцитов в бронхоальвеолярных смывах увеличивается у больных хроническим бронхитом до  $39,7 \pm 2,1\%$ , при норме  $32,1 \pm 2,3\%$  / $p < 0,001$ /. Однако фагоцитарное число и фагоцитарный индекс этих клеток не отличается от нормальных величин –  $29,2 \pm 1,3\%$  и  $2,7 \pm 0,2$  при норме  $30,3 \pm 1,3\%$  и  $3,0 \pm 0,2$ .

Таким образом, у больных хроническим обструктивным бронхитом выявлено снижение уровня альвеолярных макрофагов и увеличение содержания нейтрофилов. Зафиксированные изменения фагоцитарной активности могут быть объяснены длительной персистенцией эндобронхиального воспаления, оказывающего депрессивное действие на макрофагальное звено.

Помимо этого при ХОБЛ нарушается выработка лимфоцитами лимфокинов, активирующих фагоциты, и в основе развития синдрома дисфункции фагоцитоза лежит тимическая недостаточность, для коррекции которой мы применяли стимуляторы Т-системы иммунитета.

При использовании тималина (по 40 мг №6 в/м) снижается функциональное напряжение со стороны фагоцитов, что позволяет существенно повысить эффективность лечения хронического обструктивного бронхита.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ТАЗОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ И ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

Османов А.О., Магомедова С.М.  
Городская клиническая больница № 2,  
Махачкала

Острый аппендицит с тазовым расположением (ОАТР) следует дифференцировать с воспалением правых придатков, пельвиоперитонитом, перекрутом кисты яичников и правосторонней трубной беременностью. Локализация боли, напряжение мышц брюшной стенки, лейкоцитоз, повышение температуры характерно как для острого аппендицита, так и для острой гинекологической патологии. При ОАТР могут отмечаться позывы к дефекации, 2-3 краткий жидкий стул. При вовлечении в воспалительный процесс мочевого пузыря появляются дизурические явления - учащённое мочеиспускание и рези. При ректальном и вагинальном исследовании помимо болезненности можно определить воспалительный инфильтрат обычно справа от прямой кишки или матки.

Нами проанализировано 55 больных с конкурирующим диагнозом ОАТР и гинекологическими заболеваниями. Позже 6 часов от начала заболевания за медицинской помощью обратилось 6 (20%) больных, с 6 - до 12 часов - 14 (46,7%) больных, позже 12 часов - 10 (33,3%) больных. Таким образом, позже 12 часов обратилось большая половина больных с ОАТР, что свидетельствует о трудности в диагностике ОАТР.

При вагинальном исследовании у 22 (40%) больных матка нормальных размеров, своды свободны, придатки матки не увеличены, у 15 (27,3%) - матка увеличена, размягчена, в области правых придатков определялась болезненность, у 10 (18,2%) - матка чувствительна при пальпации, плотная, имелись патологические выделения, у 8 (14,5%) - матка не увеличена, определялась болезненность в области правых придатков.

Анализ клинического материала показал, что у 30 (54,5%) больных верифицирован ОАТР, у 9 (16,4%) -

разрыв кисты яичника, у 6 (10,9%) - правосторонняя трубная беременность, у 10 (18,2%) - острый аднексит.

Тщательно собранный анамнез, лабораторно - клинические данные не всегда помогают дифференцировать эти заболевания, и поэтому уже в течение последнего времени с целью уточнения диагноза применяются УЗИ. При этом у 19 (34,6%) больных симптом «мишени» визуализировался справа над лобком, у 5 (9,09%) - дистальный отдел аппендикса располагался глубоко за маткой и правым яичником, у 12 (21,8%) обнаружено увеличение размера правого яичника, наличие жидкости в позадиматочном пространстве и вокруг яичников, у 8 (14,5%) - наличие выпота в правой подвздошной области при неизменённом червеобразном отростке, у 5 (9,09%) - визуализировались стенки маточных труб и жидкость в малом тазу, у 6 (10,9%) - плодное яйцо в виде гипозоогенного образования, которое прилегало справа от матки.

В сомнительных случаях для дифференциальной диагностики между сальпингоофоритом и ОАТР с признаками пельвиоперитонита произведена диагностическая лапароскопия, при которой диагноз острого аппендицита был снят.

В течение первых 2 часов после госпитализации оперировано 5 (16,7%) больных, до 6 часов 23 (76,7%) больных, и в течение суток - 2 (6,7%).

25 (83,3%) больных оперированы под общим обезболиванием. 20 (66,7%) оперированы доступом по Волкову - Дьяконову, 10 (33,3%) по Ленандеру. Из оперированных больных катаральный аппендицит выявлен у 5 (16,7%), флегмонозный у 16 (53,3%), гангренозный - у 6 (20%), гангренозно - перфоративный - у 3 (10%).

Во время аппендэктомий наблюдались следующие изменения: рыхлый инфильтрат у 3, периаппендикулярный абсцесс у 2 и у 7 больных - распространённый местный неограниченный перитонит.

Послеоперационные раневые осложнения встретились у 5 (16,7%) больных.

Таким образом, использование УЗИ при дифференциальной диагностике ОАТР и гинекологической патологии способствует правильной постановке диагноза и соответствующей тактике лечения.

### **ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СУР1А2 У ТЕЛЕУТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Остапцева А.В., Шабалдин А.В.,  
Шерина Е.А., Глушков А.Н.  
Институт экологии человека СО РАН,  
Кемерово

Цитохром Р450 фермент СУР1А2 является ключевым компонентом монооксигеназ и катализирует окисление многих ксенобиотиков и лекарственных средств. В 1 интроне гена СУР1А2 обнаружен полиморфизм в силу наличия точечной мутации С->734А. Ранее было установлено, что гомозиготы по мутантному аллелю показывают более высокую активность фермента, и соответственно, лучше приспособлены к действию неблагоприятных факторов среды. Наличие того или иного генотипа определяли с помощью ме-