

зи с чем использовался так называемый корково-мозговой индекс (КМИ). До сих пор в разных работах излагаются данные о размерах коркового и мозгового вещества тимуса и КБЛУ, но не обсуждается вопрос о корреляциях их соотношений. Удобным, с нашей точки зрения, показателем для этого служит КМИ. Возражение о принципиально разном строении, клеточном составе паренхимы тимуса и КБЛУ, их коркового и мозгового вещества снимаем следующим образом: в корковом веществе пролиферируют и начинают созревать главные для органоспецифической функции данного органа лимфоциты

(Т- или В-), а в мозговом веществе накапливаются их или их производных (плазмциты) зрелые формы. При этом мы принимаем и должны учитывать неполное (непрямое) соответствие КМИ тимуса и КБЛУ.

После рождения крысы (1-28 сут) КМИ тимуса прогрессивно снижается от 4,57 до 3,20, как и КБЛУ – от 3,50 до 2,15, т.е. однонаправлено и синхронно. КМИ тимуса ( $n$ ) всегда больше КМИ КБЛУ ( $n' \approx n - 1$ ) и разница ( $n/n'$ ) постепенно увеличивается (1,12 → 1,49). Это, вероятно, обусловлено прогрессивным снижением доли Т-зоны в паренхиме КБЛУ.

### Медицинские науки

#### ПРОБЛЕМА АСКАРИДОЗА В ЦЕНТРАЛЬНОМ КАЗАХСТАНЕ

Камарова А.М., Брицкая П.М.,  
Шайзадина Ф.М., Култанов Б.Ж.

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, e-mail: aisulu\_77@mail.ru*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения паразитарными болезнями поражено более половины населения планеты.

Аскаридоз является тяжелым паразитарным заболеванием. Зараженность аскаридозом выявляется у 1/4 населения мира. Аскаридоз распространен в странах Индии, Африке, Северной Америке, Новой Зеландии, Австралии, Турции, Европе, России и Казахстане. [1].

Аскаридозу в особенности у детей на современном этапе сопутствуют такие клинические проявления, как аллергические реакции – 70,8%, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта – 75,0%, нарушения ночного сна – 54,2%, нарушение аппетита – 43,7%. Среди взрослого населения преобладают болевой абдоминальный синдром – 74,7%, нарушение аппетита – 75,0%, диспептические нарушения – 79,2% [2].

Целью нашей работы является изучение особенностей проявления эпидемического процесса среди населения Центрального Казахстана на протяжении последних 10 лет.

При анализе многолетней динамики заболеваемости аскаридозом населения в Центральном Казахстане выявлено, что уровень заболеваемости составляет от 28,2‰ до 61,7‰ на 100 тыс. населения. Наибольшие показатели заболеваемости были зарегистрированы в 2004, 2005, 2006 годах и составили 96,0; 134,4; 161,7‰ соответственно. Многолетняя динамика заболеваемости аскаридозом имеет тенденцию к росту и оценивается как выраженная (среднегодовой темп прироста составил 10,8%).

Анализ многолетней динамики заболеваемости аскаридозом детей до 14 лет за анализируемый период составляет от 56,4 до 302,2‰ на 100 тыс. населения. С 2002 года и по насто-

ящее время наблюдается рост заболеваемости среди детского населения.

Динамика заболеваемости аскаридозом среди взрослого населения показала, что начиная с 2003 года наблюдается рост заболеваемости. Самые высокие показатели регистрировались в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 годах и составили 34,7; 97,4; 108,2; 161,7; 63,7‰ соответственно на 100 тыс. населения.

В связи с тем, что наблюдается высокий уровень заболеваемости аскаридозом населения Центрального Казахстана необходимо дальнейшее изучение данной проблемы, а именно определение территории риска, групп риска, факторов риска для эффективной разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий.

#### Список литературы

1. Али-Али Габиша Саиф Сочетанное лечение хирургических осложнений аскаридоза кишечника и альвеококкоза печени // Новости хирургии. – 2007.15. – №1. – С. 58-63.
2. Кнауэ А.А., Карелхан А., Томашевская Л.Г., Аймышева Ш.С., Исакова С.М., Адамбаева Г.К., Темборская В.В. Клиническая характеристика аскаридоза в возрастном аспекте // Акультульная медицина. – 2009. – №1. – С. 34-35.

#### ДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРА БЕЛКА ТЕПЛООВОГО ШОКА 27 НА АКТИВНОСТЬ ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЫ И КАТАЛАЗЫ В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ

Коновалова Е.В., Носарева О.Л., Веснина О.Н.,  
Орлов Д.С., Федосенко И.И., Наумова А.И.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск, e-mail: konovalova\_ev@inbox.ru*

В норме накоплению свободных радикалов в клетках препятствует антиоксидантная система. При интенсивной генерации активных форм кислорода формируется окислительный стресс, часто сопровождающийся повышением уровня белков теплового шока. Они участвуют в формировании правильной трехмерной конформации вновь синтезированных полипептидов, в поддержании функциональной активности внутриклеточных белков и элиминации поврежденных протеинов. Опухолевая же трансфор-

мация сопровождается повышенным синтезом белка теплового шока 27, а так же накоплением окисленно-модифицированных метаболитов.

Материалом для исследования послужили опухолевые клетки линии Jurkat (Т-лимфобластный лейкоз человека), полученные из банка клеточных культур НИИ цитологии РАН (г. Санкт-Петербург). Клетки культивировали суспензионным способом в питательной среде, содержащей 90% RPMI-1640, 10% эмбриональной телячьей сыворотки («Биолот», г. Санкт-Петербург), инактивированной при температуре 56 °С в течение 30 мин. Клетки поддерживали в логарифмической фазе роста постоянным пересевом культуры каждые 2-3 суток. Оценку жизнеспособности клеток проводили с помощью трипанового синего. Оценку активности глутатионпероксидазы и каталазы проводили спектрофотометрическим методом.

Результаты проведенного исследования показали, что при добавлении дексаметазона и ингибитора белка теплового шока – KRIBB3, мы получили увеличение активности как глутатионпероксидазы, так и каталазы. Но в случае совместного добавления в среду инкубации ингибитора белка теплового шока 27 и дексаметазона, мы зафиксировали снижение активности обоих ферментов.

#### К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

Махнева Н.В., Чистякова Т.В., Спицина Е.Г.

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения, Москва, e-mail: makhneva@mail.ru*

Дисхромии кожи являются актуальной проблемой дерматологии. Витилиго – это заболевание, которое возникает при недостатке пигмента кожи меланина. Больные витилиго составляют 0,5–4% всего населения земного шара, что составляет около 40 млн человек. Болезнь может манифестировать в любом возрасте, но чаще (в 70% случаев) – до 20 лет. Актуальность проблемы витилиго состоит и в появлении такой клинической формы, как профессиональное витилиго, что связано с широким внедрением в промышленность и быт различных химических соединений. Возникновение данной формы заболевания отмечено при работе с фенолом, фенолсодержащими гермицидными детергентами, моногидрокси- и дигидроксифенольными соединениями. Этиопатогенез этого заболевания сложен. Существует несколько теорий возникновения данного патологического процесса. Доказано, что депигментация кожи вызывается угнетением образования фермента тирозиназы, необходимой для пигментирования. Поскольку вопрос о причинах и механизмах возникновения витилиго неоднозначен, нерешенной остается и проблема эффективного, полноценного лечения данного заболевания. Мы исследовали

множество причин, способствующих возникновению витилиго и в выборе лечения использовали наиболее оптимальный подход: сочетание аминокислот и седативных препаратов. С этой целью мы применяли препараты: элтамин и дормиплант.

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов с различными формами витилиго. Они получали элтамин по 1 таблетке 3 раза в день и дормиплант по 2 таблетки за 2 часа до сна. У 15 пациентов через 1,5 месяца в депигментированных очагах стала появляться пигментация, которая сохранялась на протяжении всего лечения и спустя 3 месяца после окончания лечения и по настоящее время. У 2 пациентов в очагах появились лишь точечные очаги пигментации. У 1 пациентки, имеющей в анамнезе диффузный токсический зоб лечение было без ожидаемого эффекта. Все пациенты лечение перенесли хорошо. Для поддержания положительного эффекта всем больным было рекомендовано использование солнцезащитного средства SPF 30+ UVA/UVB. Полученные клинические результаты дают возможность предложить новый метод комплексной терапии витилиго.

#### К ВОПРОСУ О КОМПЬЮТЕРНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФАКТОРОВ РИСКА С ЦЕЛЬЮ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Наконечный С.В., Маль Г.С., Дородных И.А.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: mgalina@kursknet.ru*

Распространенность кардиологических заболеваний, в целом и в регионарных центрах, в частности, делают данную проблему одной из актуальных в современной медицине. Особое значение в решении этой проблемы отводится выявлению роли и места различных факторов риска для формирования профилактического звена. Большинство из известных факторов риска вносят свой негативный вклад и препятствуют проведению как первичной, так и вторичной профилактики, ухудшая прогноз заболевания. В связи с этим, представляется важным в настоящее время определить значимость наиболее часто встречающихся факторов риска из стандартного «кейс-набора» с целью определения их предикторной роли в развитии кардиологических заболеваний.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей компьютерного моделирования с целью прогнозирования предикторной роли в развитии ведущих кардиологических состояний, таких как артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца с использованием нейросетевых классификаторов.