

детских инфекционных болезней, здравоохранения Саратовской области. Тяжелая неизлечимая болезнь протекла скрытно, и он работал практически до последних дней жизни.

В начале февраля 1989 г., несмотря на плохое самочувствие, Николай Романович оставался дома и не упускал из поля зрения институтские дела. Однако болезнь прогрессировала, и 26 февраля его госпитализировали, а уже 6 марта Николая Романовича не стало.

Это была тяжелая утрата для Саратовского медицинского института, в стенах которого протекала вся его сознательная жизнь, для Саратова, где он много лет был идейным руководителем здравоохранения, будучи депутатом областного и городского Советов народных депутатов, для советской педиатрии, которой он себя посвятил, для медицинского образования в стране.

Как истинный руководитель, Николай Романович мыслит перспективно, смотрел далеко в будущее,

стоял во главе многих начинаний: открытие стоматологического факультета, создание профилактория для студентов, оснащение кафедр современной техникой, строительство здания для теоретических кафедр, ЦНИЛ, дальнейшее перспективное развитие Саратовского медицинского института, повышение качества молодых специалистов и многое, многое другое.

В настоящее время кафедре инфекционных болезней у детей и поликлической педиатрии Саратовского медицинского университета, а также клинике, на базе которой многие годы располагается кафедра, присвоили имя чл.-корр. АМН СССР, профессора Н.Р. Иванова. В музее университета Николаю Романовичу посвящена целая экспозиция о его жизни, работе, заслугах и научных трудах.

На кафедре инфекционных болезней у детей и поликлической педиатрии продолжают работать ученики Н.Р. Иванова, сохраняющие и продолжающие заложенные им традиции и научные направления.

УДК: 616.98:579.841.93:616.67]:615.281.8—036.8

Оригинальная статья

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ, СФОРМИРОВАВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

П. В. Глыбочко — ГБОУ ВПО Первый Московский ГМУ им. И. М. Сеченова, ректор, член-корр. РАМН, профессор, доктор медицинских наук; **А. В. Евдокимов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры урологии; **Е. П. Ляпина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры инфекционных болезней, доктор медицинских наук. ФБУН Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора, клинический отдел, старший научный сотрудник; **А. А. Шульдяков** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А. Н. Понукалин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры урологии, кандидат медицинских наук; **Б. И. Блюмберг** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры урологии, кандидат медицинских наук; **Л. Н. Седова** — НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, старший научный сотрудник;

IMPROVEMENT OF COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF SCROTAL ORGANS FORMED BY CHRONIC BRUCELLOSIS INFECTION

P. V. Glybochko — Rector of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, RAMS Corresponding Member, Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Evdokimov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Urology, Post-graduate; **E. P. Liapina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. A. Shuldiakov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. N. Ponukalin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Urology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **B. I. Blyumberg** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Urology, Professor, Candidate of Medical Science; **L. N. Sedova** — Scientific Research Institute of Fundamental and Clinical Urology of Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Senior Research Assistant.

Дата поступления — 14.05.2013 г.

Дата принятия в печать — 30.05.2013 г.

Глыбочко П. В., Евдокимов А. В., Ляпина Е. П., Шульдяков А. А., Понукалин А. Н., Блюмберг Б. И., Седова Л. Н. Совершенствование комплексной терапии больных с патологией органов мошонки, сформированной на фоне хронической бруцеллезной инфекции // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 2. С. 165–170.

Цель: совершенствование комплексной терапии больных с патологией органов мошонки, сформированной на фоне хронической бруцеллезной инфекции. **Материал и методы.** Проведен анализ динамики клинических проявлений патологии органов мошонки, данных физикального и ультразвукового исследований, показателей спермограммы, качества жизни 22 пациентов с хроническим бруцеллезом и наличием орхита/орхоэпидидимита на фоне традиционной терапии (10 человек) и комплексного лечения с включением циклоферона (в/м, 2 курса по 5 инъекций (по 0,25 г) с перерывом 10 дней) (12 человек). **Результаты.** Доказана способность циклоферона уменьшать выраженность воспалительного процесса в яичках и придатках, что сопровождается улучшением показателей сперматогенеза и повышением качества жизни пациентов. Отмечены сокращение числа обострений хронического орхита/орхоэпидидимита в 2,4 раза после курса циклоферона, его хорошая переносимость больными, отсутствие побочных эффектов. **Заключение.** Учитывая полученные результаты, наличие противовоспалительных и иммуномодулирующих потенциалов рекомендуется использовать циклоферон в комплексном лечении воспалительных поражений органов мошонки у больных хроническим бруцеллезом.

Ключевые слова: хронический бруцеллез, орхит, орхоэпидидимит, циклоферон.

Glybochko P. V., Evdokimov A. V., Liapina E. P., Shuldiakov A. A., Ponukalin A. N., Blyumberg B. I., Sedova L. N. Improvement of complex therapy of patients with pathology of scrotal organs formed by chronic brucellosis infection // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 2. P. 165–170.

The aim of the study is to improve the treatment of patients with male reproductive organs pathology, formed by chronic brucellosis infection. *Material and methods:* We have analyzed the dynamics of the clinical manifestations of diseases of the scrotal organs, data of physical and ultrasound studies, semen parameters, the quality of life in 22 patients with chronic brucellosis and the presence of orchitis / orchiepididymitis against conventional therapy (10 patients), and combined treatment with the inclusion of cycloferon (i/m, 2 injection rate from 5 (0.25g) with a break 10 days) — 12. *Results:* We have proved ability of cycloferon to reduce the severity of the inflammatory process in the testis and epididymis, with improving of spermatogenesis and the quality of life for patients. We have marked the reduction in the number of exacerbations of chronic orchitis / orchiepididymitis 2.4 times after the course of cycloferon, its good tolerability of patients, no side effects. *Conclusion:* Using these results, the presence of anti-inflammatory and immunomodulatory potencies, cycloferon can be recommended in treatment of inflammatory lesions of the scrotal organs in patients with chronic brucellosis.

Key words: chronic brucellosis, orchitis, orchiepididymitis, cycloferon.

Введение. В России за последние годы показатель заболеваемости бруцеллезом в среднем составляет от 0,3 до 0,4^{о/оооо}, при этом в отдельных сельскохозяйственных регионах отмечается значительное превышение среднероссийского уровня [1]. В целом проблема бруцеллеза остается актуальной для России в связи с устойчивым ростом заболеваемости среди людей, многообразием клинических форм и механизмов поражения органов и систем, создающим трудности диагностики и лечения больных.

Отличительной особенностью бруцеллезной инфекции является полиорганный характер поражения [2, 3], при этом урогенитальная патология у мужчин, больных бруцеллезом, по данным разных авторов, выявляется достаточно часто — в 2–23% случаев [4–6]. Анализ научных публикаций позволяет заметить, что наибольшее их число посвящено описанию отдельных случаев острого воспалительного процесса в органах репродуктивной системы. Это связано с большими возможностями подтверждения его бруцеллезной этиологии, в то время как при хронической патологии сделать это практически невозможно в связи с отсутствием специфических проявлений, характерных для бруцеллезного поражения простаты и органов мошонки. Тем не менее проведенные нами исследования и математический анализ полученных результатов показали, что распространенность урогенитальной патологии в целом в группе больных хроническим бруцеллезом (ХБ) превышает частоту ее встречаемости в сопоставимой группе мужчин без бруцеллеза в 2,2 раза. При этом наибольшая степень обусловленности наличием бруцеллезной инфекции обнаружена для орхитов и орхоэпидидимитов [2].

Ведущим механизмом поражения органов мошонки при бруцеллезе является гематогенное распространение бруцелл, приводящее к формированию гранулематозного воспаления в яичках [6, 7]. При своевременной и адекватной антибактериальной терапии наступает купирование воспалительного процесса, однако и в этом случае в 10–25% случаев возможны рецидивы [6–9]. Если же заболевание перешло в хроническую форму, излечение становится проблематичным. Исход в склероз, а также образование антиспермальных антител могут стать причиной бесплодия при бруцеллезе [8]. Все это обуславливает актуальность поиска новых средств терапии больных бруцеллезом с наличием поражения органов мошонки. Значение иммунопатологических реакций в формировании органопатологии при хроническом бруцеллезе, а также сведения о нарушениях в системе интерферона при данной инфекции [2] дают основание предполагать возможность использования для лечения препаратов, обладающих иммуномодулирующим действием.

Цель: изучение эффективности использования индуктора эндогенного интерферона — циклоферона (меглуминовая соль акридонуксусной кислоты) в комплексной терапии больных хроническим бруцеллезом мужчин с поражением органов мошонки.

Материал и методы. Всего было отобрано для проведения исследования 22 пациента с ХБ, у которых были установлены диагнозы «Орхит» (6 человек) и «Орхоэпидидимит» (16 человек). У 17 больных (77,3%) процесс был односторонним. Анализ анамнестических данных показал, что клинические проявления урогенитальной патологии у большинства больных (18 человек, 81,8%) развивались на первом году бруцеллезной инфекции. У 5 (22,7%) пациентов заболевание начиналось с острого воспалительного процесса, о чем свидетельствует появление лихорадки, болей в области мошонки, яичка и их увеличения. Однако только двое из этих больных получали адекватную антибактериальную терапию (продолжительность курса 3–4 недели), остальным она назначалась на 5–10 дней. У 17 человек (77,3%) заболевание развивалось постепенно и сопровождалось слабо выраженной клинической симптоматикой. Пациенты, как правило, не обращались за медицинской помощью и не получали адекватную терапию. Признаки обострения воспалительного заболевания органов мошонки на момент обследования имелись у 18 (81,8%) пациентов. Средний возраст больных — 38,2±2,9 года.

Все пациенты проходили амбулаторное обследование в клинике урологии Клинической больницы им. С. П. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, включающее: опрос; анкетирование (опросник качества жизни (КЖ) SF-36); физикальное обследование с ректальным пальцевым исследованием; анализ спермограмм с соблюдением рекомендаций ВОЗ по лабораторному исследованию эякулята человека (2002); ультразвуковое исследование органов мошонки (УЗИМ). Для УЗИМ использовались высокочастотные линейные датчики 7–10 МГц, а при увеличении мошонки — конвексные 3–5 МГц.

Из исследования исключались больные с инфекционными заболеваниями иной этиологии, а также пациенты с наличием: хронических заболеваний внутренних органов в стадии обострения; диффузных заболеваний соединительной ткани; ревматической патологии; онкологических заболеваний любой локализации; хронического алкоголизма; эпидемического паротита и ЗППП в анамнезе; приема антибактериальных средств и иммуномодуляторов в течение последнего месяца; травмы и операции на наружных половых органах в анамнезе; варикоцеле или перенесенных операций по поводу варикоцеле; приема препаратов, влияющих на функцию мочеполовой системы.

Методом случайной выборки все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, основным клинико-лабораторным показателям.

Ответственный автор — Ляпина Елена Павловна
Адрес: 410078, Саратов, ул. Железнодорожная, 46/48, кв. 49.
Тел.: 89063149169, (8-8452) 201809
E-mail: LMN_SON@rambler.ru.

В комплексное лечение больных ХБ 1-й группы (12 человек) включен препарат циклоферон (в/м, 2 курса по 5 инъекций (по 0,25 г) с перерывом 10 дней). Комплекс лечебных мероприятий у больных 2-й группы соответствовал общепринятым стандартам [10]. Исследования проводили до, после курса (на 30–31-й день) терапии и при диспансерном осмотре через 12 месяцев после стационарного лечения.

При статистической обработке использовали непараметрические методы (программа Statistika 6,0).

Результаты. Включение в комплексную терапию иммуномодулятора циклоферона привело к сокра-

щению количества жалоб, отражающих выраженность интоксикационного синдрома, а также воспалительного процесса со стороны опорно-двигательного аппарата и органов мошонки (табл. 1). Традиционная терапия значительно уменьшила выраженность болевого синдрома в области мошонки у пациентов, при этом достигнутые результаты были хуже, чем у больных 1-й группы ($P_2=0,03$).

Уменьшение выраженности воспалительного процесса со стороны органов мошонки подтверждают результаты физикального и ультразвукового исследований (табл. 2). Уплотнение придатка/яичка

Таблица 1

Абсолютные частоты встречаемости жалоб больных хроническим бруцеллезом (ХБ) с поражением органов мошонки в зависимости от терапии

Основные жалобы		1-я группа (циклоферон); n=12				2-я группа (традиционная терапия); n=10				P_1, P_2
		До лечения	После курса терапии		ДИ*	До лечения	После курса терапии		ДИ*	
			есть	нет			есть	нет		
Повышение t тела	есть	8	1	7	0,32–0,86	7	5	2	–0,03–0,43	$P_1=1,0$ $P_2=0,05$
	нет	4	0	4		3	0	3		
Периодические ознобы	есть	7	2	5	0,01–0,71	6	4	2	–0,03–0,43	$P_1=1,0$ $P_2=0,35$
	нет	5	0	5		4	0	4		
Слабость	есть	10	2	8	0,39–0,93	8	6	2	–0,03–0,43	$P_1=1,0$ $P_2=0,074$
	нет	2	0	2		2	0	2		
Боли, связанные с ВЗМ	есть	10	1	9	0,5–1,0	8	6	2	0,02–0,58	$P_1=1,0$ $P_2=0,03$
	нет	2	0	2		2	0	2		
Боли в суставах	есть	10	4	6	0,05–0,61	8	7	1	–0,06–0,26	$P_1=1,0$ $P_2=0,19$
	нет	2	0	2		2	0	2		
Парестезии	есть	9	4	5	0,05–0,61	7	5	2	–0,05–0,45	$P_1=1,0$ $P_2=0,67$
	нет	3	0	3		3	0	3		
Ощущение холода в конечностях	есть	5	4	1	–0,07–0,25	4	4	0	0–0	$P_1=1,0$ $P_2=1,0$
	нет	7	0	7		6	0	6		
Головные боли	есть	9	7	2	0,37–0,79	7	5	2	–0,05–0,45	$P_1=1,0$ $P_2=1,0$
	нет	3	0	3		3	0	3		
Боли в животе	есть	5	2	3	–0,08–0,42	4	2	2	–0,67–0,27	$P_1=1,0$ $P_2=0,07$
	нет	7	0	7		6	4	2		
Тошнота, изжога, отрыжка	есть	6	3	3	0–0,5	5	3	2	–0,4–0,4	$P_1=1,0$ $P_2=0,38$
	нет	6	0	6		5	2	3		

Примечание. * ДИ — доверительный интервал для разности относительных частот встречаемости жалоб больных ХБ до лечения и на 30–31-й день терапии. Если ДИ не содержит 0, то можно с уверенностью, соответствующей ДК=95%, утверждать, что различия относительных частот до и после лечения существуют. ** P_1 — уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении пациентов 1 и 2 групп до лечения; P_2 — уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении пациентов 1 и 2 групп на 30–31-й день терапии.

Таблица 2

Результаты физикального обследования состояния органов мошонки больных ХБ и УЗИ в зависимости от проводимой терапии

Симптомы		1-я группа (циклоферон); n=12				2-я группа (традиционная терапия); n=10				P_1, P_2
		До лечения	После курса терапии		ДИ*	До лечения	После курса терапии		ДИ*	
			есть	нет			есть	нет		
Уплотнение придатка/яичка	есть	12	0	12	0,4–0,94	10	5	5	0,1–0,7	$P_1=0,64$ $P_2=0,01$
	нет	0	0	0		0	0	0		

Симптомы		1-я группа (циклоферон); n=12				2-я группа (традиционная терапия); n=10				P ₁ ^{**} P ₂ ^{**}
		До лечения	После курса терапии		ДИ*	До лечения	После курса терапии		ДИ*	
			есть	нет			есть	нет		
Болезненность при пальпации мошонки	есть	10	0	10	0,62–1,04	9	4	5	0,1–0,7	P ₁ =1,0 P ₂ =0,03
	нет	2	0	2		1	0	1		
Увеличение толщины стенки мошонки	есть	10	1	9	0,5–1,0	7	5	2	–0,05–0,45	P ₁ =1,0 P ₂ =0,05
	нет	2	0	2		3	0	3		
Увеличение размеров яичек и/или придатков	есть	5	0	5	0,14–0,7	4	3	1	–0,08–0,24	P ₁ =1,0 P ₂ =0,08
	нет	7	0	7		6	0	6		
Наличие гидроцеле	есть	8	0	8	0,4–0,94	4	2	2	–0,05–0,45	P ₁ =1,0 P ₂ =0,19
	нет	4	0	4		6	0	6		
Неоднородность паренхимы яичек и/или придатков	есть	12	12	0	0–0	10	10	0	0–0	P ₁ =1,0 P ₂ =1,0
	нет	0	0	0		0	0	0		

Примечание.* ДИ — доверительный интервал для разности относительных частот встречаемости жалоб больных ХБ до лечения и на 30–31-й день терапии. Если ДИ не содержит 0, то можно с уверенностью, соответствующей ДК=95%, утверждать, что различия относительных частот до и после лечения существуют. ** P₁ — уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении пациентов 1 и 2 групп до лечения; P₂ — уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении пациентов 1 и 2 групп на 30–31-й день терапии.

и болезненность при пальпации мошонки исчезли у всех пациентов, в комплексную терапию которых был включен циклоферон, в то время как у части пациентов, получавших традиционное лечение, данные симптомы сохранялись после окончания курса терапии. Назначение циклоферона достоверно уменьшило количество пациентов с увеличением толщины стенки мошонки, размеров яичек и/или придатков, наличием гидроцеле, в то время как во 2-й группе подобные изменения были менее значимыми. Необходимо отметить, что проводимая терапия не влияла на состояние паренхимы органов мошонки, которая отличалась выраженной неоднородностью.

Изучение состояния сперматогенеза после курса циклоферона выявило наличие положительной динамики, заключающейся в уменьшении вязкости спермы, количества в ней лейкоцитов, агглютинации сперматозоидов, связанной с образованием антиспермальных антител (АСА) (табл. 3). Данный эффект, по-видимому, является следствием противовоспалительного действия циклоферона и его способности уменьшать выраженность иммунопатологических реакций. Отсутствие значимой разницы в показателях 1-й и 2-й групп после курса терапии связано с небольшим количеством наблюдений в данном исследовании. На качественные параметры сперматозоидов назначенное лечение не повлияло.

Уменьшение клинических проявлений воспалительного процесса сопровождалось изменением КЖ больных (табл. 4). У пациентов, получавших циклоферон, отмечали повышение показателей физического здоровья в 1,2–1,9 раза и психического здоровья в 1,6–2,0 раза, с достижением уровня КЖ больных ХБ, не имеющих ВЗМ. На фоне традиционной терапии динамика была менее выраженной: повышение показателей физического здоровья в 1,1–1,6 раза и психического здоровья в 1,4–1,7 раза, при этом уровень качества жизни оставался ниже, чем у больных ХБ без ВЗМ и больных с ХБ и ВЗМ, у которых комплексная терапия включала циклоферон.

В целом, по оценке пациентов, улучшение от лечения наблюдали 91,7% больных 1-й группы и 40% больных 2-й группы (уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении результатов в группах P=0,02). При этом введение в комплексную терапию циклоферона не сопровождалось развитием побочных эффектов, препарат переносился больными хорошо.

Диспансерный осмотр через 12 месяцев после стационарного лечения показал, что частота обострений хронического орхита/орхоэпидидимита была достоверно меньше (в 2,4 раза) у больных, получавших циклоферон (уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении результатов в группах P=0,01).

Обсуждение. Поражение органов мошонки с развитием орхита, эпидидимита, орхоэпидидимита при бруцеллезе может протекать как в острой, так и хронической форме. Несвоевременное обращение за врачебной помощью и недостаточный по продолжительности курс антибактериальной терапии, а также особенности иммунных реакций у больных бруцеллезом привели к формированию у обследованных нами больных хронического течения ВЗМ. Развитию урогенитальной патологии при бруцеллезе способствуют разнообразные нарушения иммунитета, в том числе иммунопатологические процессы, повреждение сосудов, нарушение микроциркуляции и реологических свойств крови. Все это определяет значимость патогенетической терапии противовоспалительной направленности. Наличие корректирующего действия на иммунную систему и воспалительную реакцию, данные о клинической эффективности при разнообразной инфекционной патологии позволили нам остановить свой выбор на иммуномодуляторе циклофероне. В пользу данного средства патогенетической терапии свидетельствуют: наличие у него высокой биологической активности, сочетающейся с низкой токсичностью, отсутствие аллергенного, мутагенного и эмбриотоксического действия на организм человека, метаболического расщепления в печени и

Таблица 3

Частота и структура нарушения сперматогенеза у больных хроническим бруцеллезом (ХБ) с поражением органов мошонки в зависимости от проводимой терапии

Вид нарушений		1-я группа (циклоферон); n=12				2-я группа (традиционная терапия); n=10				P ₁ ^{**} P ₂
		До лечения	После курса терапии		ДИ*	До лечения	После курса терапии		ДИ*	
			есть	нет			есть	нет		
Повышенная вязкость спермы	есть	9	4	5	0,05–0,61	7	5	2	–0,05–0,45	P ₁ =1,0 P ₂ =0,66
	нет	3	0	3		3	0	3		
Агглютинация сперматозоидов с + тестом на АСА (MAR-тест)	есть	7	3	4	0,01–0,71	5	5	0	0–0	P ₁ =1,0 P ₂ =0,38
	нет	5	0	5		5	0	5		
Количество лейкоцитов >1,0×10 ⁶ /мл	есть	3	0	3	–0,08–0,42	3	2	1	–0,08–0,24	P ₁ =1,0 P ₂ =0,19
	нет	9	0	9		7	0	7		
Качественные параметры сперматозоидов										
Тератозооспермия (патологические изменения головки, хвоста)	есть	3	3	0	0–0	3	3	0	0–0	P ₁ =1,0 P ₂ =1,0
	нет	9	0	9		7	0	7		
Астенозооспермия 1–2-й степени	есть	4	0	4	–0,04–0,38	3	3	0	0–0	P ₁ =1,0 P ₂ =0,07
	нет	8	0	8		7	0	7		
Олигозооспермия 1–2-й степени	есть	7	6	1	–0,08–0,24	5	5	0	0–0	P ₁ =1,0 P ₂ =1,0
	нет	5	0	5		5	0	5		

Примечание. * ДИ — доверительный интервал для разности относительных частот встречаемости жалоб больных ХБ до лечения и на 30–31-й день терапии. Если ДИ не содержит 0, то можно с уверенностью, соответствующей ДК=95%, утверждать, что различия относительных частот до и после лечения существуют. ** — P₁ — уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении пациентов 1 и 2 групп до лечения; P₂ — уровень достоверности точного критерия Фишера «двусторонний тест» при сравнении пациентов 1 и 2 групп на 30–31-й день терапии.

Таблица 4

Показатели качества жизни (SF-36) у больных с ВЗМ на фоне бруцеллезной инфекции в зависимости от терапии, баллы (M (s))

Исследуемые показатели	1-я группа (циклоферон); n=12		2-я группа (традиционная терапия); n=10		Группа сравнения (больные ХБ без ВЗМ) (n = 35)	P ₁ ^{**} P ₂
	До лечения	После курса терапии	До лечения	После курса терапии		
Физическое функционирование	36,0 (2,4)	42,8 (2,3) P ₃ =0,007 P ₄ =1,0	36,2 (2,3)	39,3 (2,2) P ₃ =0,054 P ₄ =0,038	43,2 (2,5)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,049
Физическое состояние	19,3 (2,6)	36,8 (2,5) P ₃ =0,002 P ₄ =0,86	19,1 (2,6)	30,9 (2,4) P ₃ =0,018 P ₄ =0,038	37,4 (2,7)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,030
Интенсивность боли	10,9 (1,5)	20,8 (1,5) P ₃ =0,001 P ₄ =1,0	10,7 (1,7)	16,5 (1,6) P ₃ =0,026 P ₄ =0,035	21,5 (1,5)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,041
Общее состояние	12,3 (2,0)	20,0 (2,1) P ₃ =0,007 P ₄ =1,0	12,2 (2,2)	17,5 (2,0) P ₃ =0,030 P ₄ =0,049	20,4 (1,7)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,048
Жизненная активность	15,0 (1,9)	24,4 (2,0) P ₃ =0,013 P ₄ =1,0	15,2 (2,0)	21,3 (1,9) P ₃ =0,037 P ₄ =0,049	24,2 (1,9)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,046
Социальное функционирование	16,3 (2,4)	28,2 (2,3) P ₃ =0,006 P ₄ =1,0	16,5 (2,5)	23,7 (2,3) P ₃ =0,031 P ₄ =0,036	28,5 (2,5)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,045
Эмоциональное функционирование	13,4 (2,0)	24,8 (1,8) P ₃ =0,001 P ₄ =1,0	13,3 (2,1)	19,5 (2,1) P ₃ =0,036 P ₄ =0,028	24,3 (2,1)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,031
Психическое здоровье	13,4 (2,2)	27,1 (2,1) P ₃ =0,003 P ₄ =0,97	13,2 (2,1)	22,4 (2,2) P ₃ =0,021 P ₄ =0,044	26,4 (2,2)	P ₁ =1,0 P ₂ =0,031

Примечание. P₁ — уровень статистической значимости различий между показателями пациентов 1 и 2 групп до лечения при вычислении u-критерия Манна — Уитни. P₂ — уровень статистической значимости различий между показателями пациентов 1 и 2 групп после курса терапии при вычислении u-критерия Манна — Уитни. P₃ — уровень достоверности статистического критерия Вилкоксона при сравнении групп до лечения и после курса терапии. P₄ — уровень статистической значимости различий между показателями пациентов 1, 2 групп после курса терапии и пациентов группы сравнения при вычислении u-критерия Манна — Уитни.

кумуляции в организме, хорошая сочетаемость с традиционными терапевтическими средствами лечения (в том числе антибиотиками) [11–14]. Кроме того, доказана способность циклоферона подавлять факторы персистенции внутриклеточных бактерий, включая бруцеллы [11–15].

Заключение. Изучение эффективности включения в комплексную терапию больных ХБ с поражением органов мошонки циклоферона показало его способность уменьшать выраженность интоксикационного синдрома и воспалительного процесса в яичках и придатках, положительно влиять на сперматогенез, сокращать число обострений хронического орхита/орхоэпидидимита, повышая в итоге качество жизни пациентов. Циклоферон отличается хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов. Полученные результаты позволяют рекомендовать включение циклоферона в комплексную терапию больных с воспалительным поражением органов мошонки при бруцеллезе.

Конфликт интересов. Работа не имеет конфликта интересов.

Библиографический список.

1. Желудков М. М., Цирельсон А. Е., Ходарцев О. С. Состояние эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в России // *Инфекционные болезни*. 2011. № 9 (1). С. 129.
2. Хронический бруцеллез: этиология, патогенез, клиника, лечение / под ред. Е. П. Ляпиной, А. А. Шульдякова, В. Ф. Спирина. Саратов: КУБиК, 2010. 155 с.
3. Решетников А. А., Шульдяков А. А., Сафонова М. В. Вариабельность сердечного ритма у пациентов с хроническим бруцеллезом: особенности вегетативной регуляции // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2009. № 5 (4). С. 578–580.
4. Гипаева Г. Р., Ахмедов Д. Р. Поражение органов репродуктивной системы у больных бруцеллезом // *Инфекционные болезни*. 2011. № 9 (1). С. 81.
5. Jaffar A. Al-Tawfiq *Brucella epididymo-orchitis: a consideration in endemic area* // *Int. Braz. J. Urol.* 2006. № 32. P. 3.
6. Yılören Tanıdır, Abdülkadir Gümrah, Cem Akbal, Tufan Tarcan. *Brucella epididymo-orchitis as the first presenting sign of brucellosis: a case report and review of the literature* // *Marmara Medical Journal*. 2008. № 21 (1). P. 056–060.
7. Stamatiou K., Polyzois K., Dahanis S., Lambou T., Skolarikos A. *Brucella melitensis: a rarely suspected cause of infections of genitalia and the lower urinary tract* // *Braz. J. Infect. Dis.* 2009. № 13 (2). P. 86–89.
8. Surveillance of brucellosis in a rural area of Greece: application of the computerised mapping programme / Ch. Hadjichristodoulou, E. Soteriades, G. Goutzianna [et al.] // *Eur. J. Epidemiol.* 1999. № 15 (3). P. 277–283.
9. Traitement de la brucellose humaine / P. Goolean, G. Fuchs, J. Guillerin [et al.] // *Sem. Hop. Paris*. 1984. № 60. (1). P. 5–9.
10. Урология: нац. рук-во / под ред. Н. А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1024 с.
11. Ершов Ф. И., Романцов М. Г. Циклоферон: от эксперимента — в клинику. М.: Медицина, 1997. 92 с.
12. Романцов М. Г., Ершов Ф. И., Коваленко А. Л., Голубев С. Ю. Иммунодефицитные состояния: коррекция циклофероном: рук-во для врачей. СПб., 1998. 80 с.
13. Циклоферон в клинической практике: метод. реком. для врачей / под ред. В. А. Исакова. СПб.: Интермедика, 2002. 48 с.
14. Циклоферон: итоги и перспективы клинического применения: аннот. сб. / под ред. Ф. И. Ершова. СПб.: 2000. 187 с.
15. Бухарин О. В., Кириллов Д. А., Шеенков Н. В., Кириллов В. А. Влияние циклоферона на биологические свойства бактериальных внутриклеточных патогенов // *Журнал микробиологии*. 2005. № 3. С. 8–10.

Translit

1. Zheludkov M. M., Cirelson A. E., Hodarcev O. S. *Sostojanje jepidemiologicheskoj situacii po brucellezu v Rossii* // *Infekcionnye bolezni*. 2011. № 9 (1). S. 129.
2. *Hronicheskij brucellez: jetiologija, patogenez, klinika, lechenie* / pod red. E. P. Ljapinoj, A. A. Shul'djakova, V. F. Spirina. Saratov: KUBiK, 2010. 155 s.
3. Reshetnikov A. A., Shul'djakov A. A., Safonova M. V. *Variabelnost' serdechnogo ritma u pacientov s hronicheskim brucellezom: osobennosti vegetativnoj reguljacji* // *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal*. 2009. № 5 (4). S. 578–580.
4. Gipaeva G. R., Ahmedov D. R. *Porazhenie organov reproductivnoj sistemy u bol'nyh brucellezom* // *Infekcionnye bolezni*. 2011. № 9 (1). S. 81.
5. Jaffar A. Al-Tawfiq *Brucella epididymo-orchitis: a consideration in endemic area* // *Int. Braz. J. Urol.* 2006. № 32. P. 3.
6. Yılören Tanıdır, Abdülkadir Gümrah, Cem Akbal, Tufan Tarcan. *Brucella epididymo-orchitis as the first presenting sign of brucellosis: a case report and review of the literature* // *Marmara Medical Journal*. 2008. № 21 (1). P. 056–060.
7. Stamatiou K., Polyzois K., Dahanis S., Lambou T., Skolarikos A. *Brucella melitensis: a rarely suspected cause of infections of genitalia and the lower urinary tract* // *Braz. J. Infect. Dis.* 2009. № 13 (2). P. 86–89.
8. Surveillance of brucellosis in a rural area of Greece: application of the computerised mapping programme / Ch. Hadjichristodoulou, E. Soteriades, G. Goutzianna [et al.] // *Eur. J. Epidemiol.* 1999. № 15 (3). P. 277–283.
9. Traitement de la brucellose humaine / P. Goolean, G. Fuchs, J. Guillerin [et al.] // *Sem. Hop. Paris*. 1984. № 60. (1). P. 5–9.
10. Урология: нац. рук-во / под ред. Н. А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1024 с.
11. Ершов Ф. И., Романцов М. Г. Циклоферон: от эксперимента — в клинику. М.: Медицина, 1997. 92 с.
12. Романцов М. Г., Ершов Ф. И., Коваленко А. Л., Голубев С. Ю. Иммунодефицитные состояния: коррекция циклофероном: рук-во для врачей. СПб., 1998. 80 с.
13. Циклоферон в клинической практике: метод. реком. для врачей / под ред. В. А. Исакова. СПб.: Интермедика, 2002. 48 с.
14. Циклоферон: итоги и перспективы клинического применения: аннот. сб. / под ред. Ф. И. Ершова. СПб.: 2000. 187 с.
15. Бухарин О. В., Кириллов Д. А., Шеенков Н. В., Кириллов В. А. Влияние циклоферона на биологические свойства бактериальных внутриклеточных патогенов // *Журнал микробиологии*. 2005. № 3. С. 8–10.

УДК 616.831/2-002-004.2].07-053.2

Оригинальная статья

ДИСSEМИНИРОВАННЫЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛИТ И РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ

Ю. В. Лобзин — ФГБУ НИИДИ ФМБА России, директор, заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН, профессор, доктор медицинских наук; **Н. В. Скрипченко** — ФГБУ НИИДИ ФМБА России, заместитель директора по научной работе, заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук; **Г. П. Иванова** — ФГБУ НИИДИ ФМБА России, старший научный сотрудник отдела нейроринфекций и органической патологии нервной системы, доктор медицинских наук; **В. Н. Команцев** — ФГБУ НИИДИ ФМБА России, ведущий научный сотрудник отдела функциональных и лучевых методов диагностики, доктор медицинских наук.