За счет напряжения идет адаптация дыхательной и сердечно-сосудистой системы (индекс Руфье, $p < 0,05$) и повышения резистентность организма к гипоксии (индекс Скибинского, $p < 0,001$), а также высокий уровень развития адаптационных возможностей двигательных качеств (индекс Шаповаловой, $p < 0,05$) и регуляторной деятельности сердечно-сосудистой системы (индекс Робинсона, $p < 0,05$).

Установлено, что в механизмах адаптации участвуют дыхательная, сердечно-сосудистая системы и повышенная резистентность организма к гипоксии. Степень напряжения адаптивных механизмов школьников, находящихся на расширенном двигательном режиме ниже, чем на обычном. Это говорит о высоком уровне адаптационных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем и функциональных возможностях кардио-распираторной системы, что способствует развитию физических возможностей организма.

Коррекция нарушений местного иммунитета у больных хроническим паро-донтитом

Сороковик М.Н.,Конопля А.И.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Из литературы известно, что при разных степенях и формах поражения пародонта имеются неоднозначные нарушения системного иммунитета, при этом описано, что развитие генерализованного пародонтита в значительной степени характеризуется ослаблением клеточного звена иммунитета (Цепов Л.М., Орехова Л.Ю., 1999). Нарушения факторов местного иммунитета не в меньшей, а даже в большей степени, может приводить к хронизации патологического процесса в пародонте, изменяя существующие в локальной системе (например, в пародонтальном комплексе) взаимосвязи, что в конечном итоге, может привести к патологии регенерации (Вялов С.Л., Пшениснов К.П., 1999; Цепов Л.М., 1999). В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение характера и степени нарушений местного иммунитета у больных хроническим пародонтитом (ХП) и возможность коррекции выявленных нарушений.

Под постоянным наблюдением находилось 57 пациентов разного пола в возрасте 20-50 лет. В первую группу вошли здоровые добровольцы, во вторую – пациенты с клиническими признаками обострения ХП, которым проводили базовое лечение, третью – составили пациенты, получавшие, кроме базовой терапии, полифепам и деринат, в четвертой были больные ХП, которые получали дополнительно деринат и магнито-лазерное облучение (МЛО), в пятой были пациенты, дополнительно получавшие иммунофан, МЛО и α-токоферол. До и после проводимого лечения в смыве из десневого кармана больных ХП определяли содержание лимфоцитов, экспрессирующих маркеры CD3+ (общие лимфоциты), CD4+ (Т-хелперы), CD8+ (Т-цитотоксичесие/супрессоры), CD22+ (В-лимфоциты), CD95+ (индукторный фактор апоптоза). Кроме того, определялось содержание IgM, IgG и sIgA методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по Манчини и концентрации фактора некроза опухолей (ФНО-α), интерлейкина-1β (ИЛ-1β) и интерлейкина 6 (ИЛ6) методом твердофазного иммуноферментного метода.

У больных ХП на момент обследования по сравнению со здоровыми донорами-добровольцами в смыве из десневого кармана установлено снижение содержания CD3+, CD4+, CD22+, ИЛ-6, повышение ФНО-α и ИЛ-1β. Если в норме в десневой жидкости обнаруживались следы IgG, а другие иммуноглобулины не выявлялись, то у больных ХП отмечалось повышение содержания IgG и sIgA. Кроме того, в смыве обнаруживался IgM, который в норме отсутствует. Базовая терапия, а также лечение, включавшее комбинации дерината с полифепамом или МЛО, не корригировали в полной мере выявленные нарушения. Наиболее эффективным оказалось сочетание иммунофана с МЛО и α-токоферолом. В группе больных, получавших данное сочетание, отмечалась нормализация содержания в смыве из десневого кармана общих Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, повышение количества Т-хелперов, уменьшение содержания Т-цитотоксических/супрессоров, снижение концентрации IgG, sIgA и исчезновение IgM. Данная терапия наиболее существенно также снижала уровни ФНО-α, ИЛ-1β и повышала концентрацию ИЛ-6. Последнее можно объяснить тем, что в результате лечения ИЛ-6 меняет оксидантные и провоспалительные свойства на антиоксидантные и противовоспалительные (Горяйнов И.И., 1999).

Таким образом, на основании проведенных экспериментов можно рекомендовать сочетание (иммунофан + МЛО + α-токоферол) в качестве способа коррекции нарушений местного иммунитета у больных хроническим пародонтитом.

Место фармакотерапии и хирургическая тактика в лечении гиперспленизма у детей с синдромом портальной гипертензией

Тараканов В.А., Старченко В.М., Полеев А.В.
Кубанская государственная медицинская академия (кафедра хирургических болезней детского возраста), Краснодар

С проблемой гиперспленизма (ГС) в той или иной степени сталкиваются специалисты, занимающиеся лечением больных с синдромом портальной гипертензии (СПГ). Гиперспленизм представляет собой клинико-гематологическим синдромом, являющимся одним из осложнений портальной гипертензии. Лабораторные проявления гиперспленизма характеризуются панцитопенией – снижением в крови всех форменных элементов (тромбоцитопения, лейкопения, анемия) или отдельных типов клеток периферической крови (парциальный ГС). В современной медицинской практике не разработана классификация ГС, отражающая тяжесть течения процесса, а также не определены показания к различным методам лечения гиперспленизма.

Цель исследования: определение эффективности и показаний к различным методам лечения гиперсп-