ческое действие лития обусловлено нарушением синтеза и секреции антидиуретического гормона, ослаблением действия гормона на почки.

Из таблицы видно, что при взвешивании органов павших цыплят было отмечено снижение массы селезенки (с 0,48г до 0,35-О.3бг), желудка (с 14,2г до 12,6-13,1г), и повышение массы печени (с 13,3г до 17,3-19,4г), бурсы (с 0,21г до 0.2-0.27г).При сравнении веса органов в % от массы тела павших от интоксикации цыплят можно отметить достоверное повышение на 0,9% массы печени и на 0,19% массы бурсы и снижение на 0,05% массы селезенки и на 0,5% массы желудка.

Посмертное распределение лития, натрия, калия при введении per os раствора цитрата лития в дозе 1500мг/кг в органах цыплят породы «Ломон коричневый» (мг/г*10-1)

Органы	Литий	Натрий	Калий
Селезенка, мг/г	3,4±0,01	100±0,01	260,3±0,8
Легкие, мг/г	3,3±0,3	103,8±0,6	301,3±0,5
Почки, мг/г	2.8±0,2	172,2±1,7	380±1.4
Сердце, мг/г	2,6±0,02	126.5±1.6	315,5±2,7
Мозг, мг/г	2,3±0,3	112,5±0,6	300±1,6
Печень, мг/г	2,2±0,02	122,4±0,9	274±1,9
Мышцы, мг/г	1,9±0,03	106,3±1,2	360±1,4

Как видно из приведенной выше таблицы не наблюдается прямой корреляции между величиной накопления лития в органах и характером изменения содержания натрия и калия. Накопление лития в органах птицы убывает в следующем порядке: селезенка, легкие, почки, сердце, мозг, печень, мышцы.

Работа представлена на II научную. конференцию с международным участием «Практикующий врач» (Италия, г. Рим, 4-8 декабря 2003г.)

Сравнительная оценка лактоферрина крови при различных заболеваниях суставов

Данилова Т.Г.
Медицинская академия, Ярославль

У 497 больных с патологией суставов исследовано состояние функциональной активности нейтрофилов по уровню лактоферрина (ЛФ) крови иммуноферментным методом. При реактивных артиртах, возникающих в ответ на внесуставную инфекцию, выявлено повышение функциональной активности нейтрофилов с увеличением ЛФ крови, что свидетельствует об активации неспецифических эффекторных механизмов. У больных ревматоидным артритом, псориатическим артритом и анкилозирующим спондилоартритом имеет место другой тип реагирования в виде уменьшения ЛФ крови, наиболее выраженное при ревматоидном артрите. Уровень ЛФ крови больных деформирующим остеоартрозом не отличался от нормы, что свидетельствует об устойчивости и достаточно сохранной координации реакции адаптации. Вероятно, при изучаемых заболеваниях суставов имеет место дисфункция эффекторных механизмов неспецифической резистентности с формированием различных типов реагирования, что необходимо учитывать при назначении комплексной терапии.

К вопросу гистоструктурных изменений почек и оценка водно-солевого обмена при монотерапии амилоидоза 3-(2,2,2-триметилгидразиний) пропионатом (милдронатом) в эксперименте

Заалишвили Т. В., Козырев К. М.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Настоящее экспериментальное исследование основывалось на получении модели амилоидоза почек у белых мышей линии СВА и белых крыс линии Wistar и коррекции водно-солевого обмена новым фармакологическим препаратом 3-(2,2,2- триметилгидразиний) пропионатом - милдронатом (М). Для этой цели с применением морфологических, патофизиологических и морфометрических методов исследования проведено 3 серии опытов на 90 животных (60 мышах - самцах и 40 крысах). В качестве амилоидогена животные получали человеческий и яичный альбумин (подкожные инъекции). Использовался 10% р-р М из расчета 50 мг/кг в течение 10-15 дней.

М повышая резистентность к гипоксии путем переключения с аэробного на анаэробный тип энергообеспечения снижает степень структурных повреждений органов, в частности почек и нормализует содержание в плазме биологически активных веществ и гормонов. Действие препарата, вероятно, связано с блокадой реактивных групп фибрилл амилоида, что препятствует их сборке и агрегации и, в конечном итоге, способствует торможению развития процесса. Кроме того, М, стабилизируя клеточные мембраны и расширяя микроциркуляторное русло, нормализует тканевую перфузию, уменьшает плазматическое пропитывание, что на патогенетическом уровне препятствует образованию фибриллярных белков амилоида, морфологического субстрата ряда нейродегенеративных и соматических заболеваний (Симхович Б.З., Мейрена Д.В., Хаги Х.Б., 1984; Калвиньш И.Я.,1991; Логунова Л.В., Сутулов Ю.Л., 1992 - 1999; Березов Т.Т., Козырев К.М.,1997- 2002).

Таким образом М, обладая иммуномодулирующим свойством, может в некоторой степени ингиби-

ровать амилоидогенез, интенсифицировать процессы амилоидоклазии в почках, способствовать коррекции нарушенного водно-солевого обмена и гомеостаза.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Успехи современного естествознания» (г. Сочи, Дагомыс, 1-3 октября 2003 г.)

Количественная характеристика эластогенеза в надкостнице регенерата большеберцовой кости при удлинении голени на разных этапах чрескостного дистракционного остеосинтеза

Ирьянов Ю.М., Горбач Е.Н.
ГУН Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А.Илизарова, Курган

Исследовали эластогенез в надкостнице регенератов большеберцовых костей 15 собак, которым применяли чрескостный дистракционный остеосинтез. Животных выводили из эксперимента через 28 суток дистракции, 30 суток фиксации и 30 суток после снятия аппарата. В качестве контроля изучали надкостницу большеберцовых костей интактных собак. На окрашенных орсеином срезах определяли объемную плотность зрелых ($V_{Vзэв}$) и незрелых эластических волокон ($V_{Vнзэв}$) в надкостнице разных зон дистракционных регенератов.

Через 28 суток дистракции в наружном слое надкостницы зон соединительно-тканной прослойки, дистальных костного отломка и костного отдела отмечали увеличение показателей $V_{Vнзэв}$ на 99,6% 63,2% и 67,5%, соответственно. $V_{Vзэв}$ уменьшалась во всех зонах дистракционных регенератов - на уровне проксимальных костного отломка, костного отдела и соединительно-тканной прослойки на 52,5-53%, в зоне дистальных костного отдела и отломка на 46,8% и 25,4%, соответственно. Через 30 суток фиксации $V_{Vнзэв}$ во всех зонах надкостницы регенерата не отличалась от нормальных значений. $V_{Vзэв}$ на уровне замещающейся костью прослойки была меньше показателей контроля на 72 %, в других зонах надкостницы - на 50% . Через 30 суток после снятия аппарата $V_{Vнзэв}$ во всех зонах новообразованного участка диафиза уменьшалась на 25-30%, $V_{Vзэв}$ - на 72-81%. Т.о., в новообразованной надкостнице под влиянием дозированной дистракции происходит активный процесс эластогенеза, наиболее выраженный на уровне соединительно-тканной прослойки регенератов. Уменьшение V_V эластических волокон в надкостнице новообразованного участка кости в последующие этапы остеосинтеза связано с длительными перестроечными процессами.

Онкоэпидемиологические исследования на Дальнем Востоке

Караванов К.П., Косых Н.Э., Марочко А.Ю., Маслов Л.А., Савин С.З.
Институт водных и экологических проблем ДВО РАН, Вычислительный центр ДВО РАН Хабаровск

Главным фактором, позволяющим выделить Дальний Восток как единое целое, является географическое положение его территорий у Тихого Океана. Именно это положение обусловливает формирование своеобразного муссонного климата в регионе. Дальний Восток относится к одному из наиболее молодых в стране, доля лиц старше 60 лет составляет всего 8,9%. Две демографические особенности - пониженная доля женщин и лиц самых старших возрастов - отличают состав населения Дальнего Востока как региона интенсивного освоения от западных районов страны. Увеличение численности населения региона продолжают определять иммигранты. Сравнительно небольшое по численности аборигенное население с его древней и самобытной историей развития и формирования народностей, своеобразием хозяйства, привычек и обычаев представляет особый интерес с позиций изучения распространения болезней, в том числе онкологических. Демографическая ситуация среди народов Севера остается неблагоприятной: популяционная молодость сочетается с высокой детской смертностью, «стимулирующей» высокую рождаемость. Общая смертность среди малых народов Севера выше, чем у остального населения районов проживания. Так в 1979-1987 г.г. в Хабаровском крае общая смертность коренного национального населения была в 2,5 раза выше, чем по России, и в 2 - по краю в целом. Возрастная структура аборигенного населения характеризуется низкой долей лиц старше 60 лет. В связи с этим шанс доживания до возрастной зоны онкологического риска у аборигенного населения гораздо ниже, чем у приезжего. Онкологическая заболеваемость аборигенного населения наряду с приезжим изучается с 1977 по всей территории Дальнего Востока России. При большой вариабельности распространения злокачественных опухолей среди различных субпопуляций следует думать о преимущественном участии в онкогенезе средовых факторов, тогда как при малой вариабельности в комплексе факторов риска должны преобладать эндогенные. С этих позиций изучение частоты злокачественных новообразований в различных популяциях коренного национального населения региона представляет не только научный интерес, но и имеет несомненное практическое значение в плане противораковой борьбы на Дальнем Востоке. Различия в частоте опухолей наблюдались и среди представителей отдельных групп коренного населения. Наиболее высокая заболеваемость отмечалась у мужчин и женщин народов Крайнего Северо-Востока, а у аборигенов, проживающих на южных территориях региона, стандартизованные показатели значительно ниже и приближаются к показателям приезжего населения. Однако среди различных групп аборигенного населения частота рака пищевода существенно различалась. В то время, как уровни заболеваемости у народов Нижнего Амура, Уссури и Север-