

Таким образом, по динамике интегрального показателя кровотока выявлено 3 типа реакции на эмоциональную нагрузку. Первый тип является благоприятным (ИПК практически не изменяется). Третий тип реакции – наиболее неблагоприятный, так как проявляется склонностью к вазоконстрикции, что способно в дальнейшем приводить к возникновению дезадаптации в условиях эмоционального стресса. Возможность объективного выявления стресснеустойчивых лиц может быть использована в последующем для целенаправленной профилактики у них нарушений адаптации.

Дискриминантный анализ в оценке выраженности процесса при описторхозе

Карбышева Н.В., Рау Н.Ю.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Для изучения выраженности и продолжительности деструктивных процессов при описторхозе, характера их развития проведено определение уровня аутоантител к антигенам нативной и денатурированной ДНК в сыворотке крови больных описторхозом как универсального феномена повреждения клеточных мембран.

Результаты проведенных исследований показали наличие выраженной деструкции: концентрации как нативной, так и денатурированной ДНК достаточно выражены и имеют высокую степень достоверности различия с нормативными значениями контрольной группы. При оценке уровня аутоантител к антигенам нДНК в группе больных до антигельминтной терапии был выявлен К нДНК, равный $4,80 \pm 0,22$, достоверно превышающий как «среднюю» контрольной группы, так и «среднюю» значения показателя, полученную при обследовании группы «практически здоровых» лиц. В процессе обследования больных описторхозом высокий уровень аутоантител выявлен и к антигенам дДНК. Был отмечен тот же характер процесса – достоверное повышение К дДНК до лечения при сравнении как с контрольной группой ($p < 0,001$), так и с группой «практически здоровых» лиц ($p < 0,001$).

Кроме оценки «средних» значений уровней аутоантител к антигенам ДНК был проведен анализ существующих индивидуальных разбросов показателей К нДНК и К дДНК в группах обследуемых больных при сравнении как с контрольной группой, так и с группой «практически здоровых» лиц. Результаты проведенного анализа показали высокий уровень аутоантител к антигенам ДНК, более чем у 90 % больных хроническим описторхозом.

Для оценки возможного использования выявленных изменений у больных хроническим описторхозом с целью дифференциальной диагностики состояний «болен-здоров» был проведен дискриминантный анализ уровней аутоантител к антигенам нативной и денатурированной ДНК. Для этого были рассчитаны коэффициенты классифицирующих функций, определены вероятность и достоверность правильного диагноза. Под вероятностью рассчиты-

вались чувствительность и специфичность метода, а достоверность подтверждалась квадратом расстояния Махаланобиса (SMD), критерием Фишера (F) и уровнем достоверности (p). Полученные коэффициенты классифицирующих функций показали следующее. Результаты дискриминантного анализа показателей К нДНК и К дДНК у больных хроническим описторхозом и в группе пациентов без инвазии (контрольная группа и группа «практически здоровых» лиц) позволяют достоверно различить эти состояния с чувствительностью и специфичностью более 95 %.

Таким образом, при хроническом описторхозе развивается выраженная деструкция, о чем свидетельствуют выявленные у больных хроническим описторхозом высокие уровни аутоантител к антигенам нативной и денатурированной ДНК. Динамика уровня аутоантител к антигенам нативной и денатурированной ДНК может служить объективным критерием активности процесса с чувствительностью теста до 98,3 %, специфичность составила 98,9 % при прогностической значимости позитивного результата, равной 97,9 %.

Клеточные механизмы развития синдрома дисрегенерации верхних дыхательных путей у детей

Климкина Т.Н., Осин А.Я.

Дальневосточный государственный университет, Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток

Развитие патологии органов дыхания у детей неразрывно связано со структурно-функциональными особенностями состояния мукозального барьера верхних дыхательных путей (ВДП). Местный воспалительный процесс угнетает репаративную регенерацию слизистых оболочек ВДП и предрасполагает к распространению его на территорию нижних дыхательных путей. При этом воспаление и регенерация являются взаимосвязанными и взаимообуславливающими процессами, отличающимися противоположной направленностью.

Цель настоящей работы заключалась в изучении клеточных механизмов развития синдрома дисрегенерации мукозальных мембран ВДП и клинической его реализации у детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения (ДОУ).

Под наблюдением находилось 220 детей 1-7 лет с различным уровнем здоровья (по факторам риска, показателям заболеваемости, группам здоровья) в условиях ДОУ. Наряду с клиническим обследованием детей у них было проведено комплексное исследование структурно-функционального состояния мукозальных мембран ВДП иммунологическими, цитологическими и функциональными методами. Анализ цитологических препаратов, полученных со слизистой оболочки ВДП, предусматривал определение общего содержания клеток (ОСК), общей цитограммы с дифференцированным подсчетом клеточных элементов (в %) и эпителиально-лейкоцитарного соотношения (Эц/Лц), парциальной цито-

граммы цилиарного эпителия (ЦЭ) (ИДЦЭ – средний показатель деструкции, ИЦЦЭ – средний показатель деструкции, ИЦЦЭ – индекс цитолиза, классы деструкции (0- IV), ДЦД- дифференцированные цитограммы деструкции; ИРЦЭ – индекс регенерации, ИМЦЭ - индекс метаплазии, ИМЦН – индекс мукоцилиарных нарушений, ИВЦЭ – индекс вакуолизации, ИМКЦЭ – индекс микробной колонизации, СПМКЦЭ – средний показатель микробной колонизации ЦЭ) и нейтрофилов (Н) (ИДН – индекс деструкции, СПДН – средний показатель деструкции, ИЦН – индекс цитолиза, классы деструкции (0 – IV-й), ДЦД – дифференцированные цитограммы деструкции, ИВН – индекс вакуолизации, ИФН – индекс фагоцитоза, СПСН – средний показатель сегментации Н. О бактерицидной активности Н судили по уровню миелопероксидазы (МПОН). Двигательную функцию ЦЭ (ДФЦЭ) оценивали с помощью индикаторного вещества. В назальном секрете определяли секреторный иммуноглобулин класса А (sIgA).

Сопоставление собственных результатов цитоморфологических и функциональных исследований ВДП, проведенных у детей в условиях ДОУ, и основных принципов современного учения о воспалении и регенерации позволило нам разработать новую гипотезу о развитии локальной дисрегенерации слизистых оболочек ВДП и её значении в генезе острых заболеваний органов дыхания у детей дошкольного возраста.

Предложенный нами синдром дисрегенерации (СДР) слизистых оболочек верхних дыхательных путей характеризовался комплексом диагностических признаков.

Причины перехода репаративной регенерации верхних дыхательных путей в дисрегенерацию были разнообразными по происхождению и у детей с СДР убедительно свидетельствовали о наличии в анамнезе у детей неблагоприятных факторов перинатального онтогенеза, обусловивших высокую заболеваемость острой патологией органов дыхания (нерациональное физическое воспитание, развитие острой патологии дыхательной системы в периоде грудного возраста (3 раза и более), отсутствие оздоровительных мероприятий в предшествующий летний сезон года, отсутствие должной подготовки ребёнка к поступлению в ДОУ, неблагоприятный акушерский анамнез у матери, несоблюдение режима дня, госпитализация по поводу болезней органов дыхания на 1-м году жизни, ранний перевод ребёнка на искусственное и смешанное вскармливание, отягощённый аллергологический анамнез).

Большое значение в развитии СДР верхних дыхательных путей имело место распространенное, перманентное и сильное действие патогенных агентов, обуславливающее высокий уровень заболеваемости ОРЗ (критерий "Р 75-100") и истощение защитных механизмов функциональной системы верхних дыхательных путей. Кроме того, было бы логично предположить возможную роль мультифакториальных биологических дефектов различного уровня, нарушений реактивности организма и механизмов его регуляции, неблагоприятных экологических ситуаций.

Разработка новых методов коррекции недостаточности трикуспидального клапана у пациентов с приобретенными клапанными пороками левых отделов сердца

Кривов М.В.

Отдел сердечно-сосудистой хирургии, ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск

Актуальность работы. Недостаточность трикуспидального клапана (ТК), встречаясь в 20-40% случаев серьезно осложняет течение приобретенных клапанных пороков левых отделов сердца. К настоящему времени известно много методов пластической коррекции трикуспидальной недостаточности (ТН), среди которых выделяют два основных вида – шовные и опорно-кольцевые. Считается, что шовные методы коррекции ТН наиболее эффективны при умеренной ее выраженности (I-II ст.), в то время как опорно-кольцевые методики призваны корригировать выраженную недостаточность ТК (III-IV ст.). Большое разнообразие методов пластической коррекции недостаточности ТК свидетельствует о том, что в настоящее время нет такого метода, который по своей эффективности устраивал бы всех кардиохирургов и кардиологов и был бы применим для коррекции ТН любой степени выраженности.

Цель исследования. На основании изучения анатомии и морфологии области предсердно-желудочкового соединения (ОПЖС) разработать новые методы коррекции ТН с возможностью их клинического использования.

Материалы и методы. Исследование проводилось в три этапа: **1-й** – изучение анатомии и морфологии ОПЖС и фиброзного кольца (ФК) ТК, **2-й** – на основании полученных данных была выделена условная линия для трикуспидальной циркулярной килетной аннулопластики (ТКАП), **3-й** – совершенствование ТКАП для коррекции выраженной и органической ТН путем разработки нового опорного кольца с возможностью его дальнейшего промышленного выпуска. При морфологическом исследовании области правого атриоventрикулярного отверстия был взят секционный материал: фрагменты фиброзного кольца и створок ТК от 5 умерших пациентов в возрасте $45,7 \pm 12,4$ г. Все пациенты перенесли хирургическую коррекцию митрального и/или аортального порока сердца. Вмешательства на ТК у них не проводилось.

Исследовалась также область правого атриоventрикулярного отверстия сердец людей, умерших от некардиальных причин (5 человек, все – мужского пола) – **1-я группа препаратов.**

Для создания парафиновых слепков правого предсердия и области правого АВ отверстия были взяты человеческие сердца (от 10 человек), умерших от некардиальных причин. Препараты, полученные от них были разделены еще на две группы: **2-я группа** - 5 препаратов, выполнялась аннулопластика по методу De Vega, **3-я группа** - 5 препаратов – выполнялась ТКАП. Характеристика всех трех групп представлена в таблице 1.