

Г.И. Сидоренко и соавт. [1997], пограничные эпителиальные ткани слизистых оболочек являются первой мишенью действия на организм факторов окружающей среды и позволяют использовать их исследование как высокоинформативных неинвазивных методов оценки преморбидных состояний у населения.

Для получения соскоба пользовались стерильным металлическим шпателем, нежно соскабливая им внутреннюю поверхность щеки. Соскоб переносили тонким слоем на сухое обезжиренное предметное стекло. Мазки окрашивали по методу Романовского. Цитологический анализ отпечатков включал в себя: определение количества слущенных эпителиальных клеток различных стадий дифференцировки (поверхностного и глубоких слоев), наличие или отсутствие микрофлоры – палочки, кокки, споры и мицелий грибов.

Оценка исходного цитологического статуса эпителия слизистой оболочки щеки показала, что в одном поле зрения отмечалось от 25 до 431 слущенных зрелых эпителиальных клеток, что составило в среднем  $242,1 \pm 32,08$  клеток. При этом число клеток из глубоких слоев, колебалось у отдельных школьников от 0 до 17 и в среднем было  $5,0 \pm 1,30$  клеток.

Известно (И.А. Быкова и соавт., 1987), что в нормальных условиях отмечается отсутствие или наличие единичных малодифференцированных эпителиоцитов. Во время воспалительного процесса слизистая оболочка становится более рыхлой, что приводит к нарушению межклеточных связей и десквамации покровного эпителия как поверхностных, так и глубоких слоев.

На клеточном уровне в цитологической картине мазков со слизистой щеки были выявлены выраженные процессы дегенерации, внутри клеток отмечались цитоплазматические включения, размытость хроматина, клеточные мембраны имели неровные «раздерганные» края. О воспалительном процессе в организме свидетельствовало также обнаружение в мазках микрофлоры. Обилие различной микрофлоры (в основном палочки и кокки) было выявлено у 28,6% школьников, чаще в мазках тех учащихся, где было большое число десквамированных эпителиальных клеток. Таким образом, можно говорить о напряжении защитного клеточного барьера.

Повторные цитологические исследования были проведены через 2 недели после приема глицина. Обращает на себя внимание, что после приема глицина уменьшилось общее число слущенных зрелых клеток поверхностного эпителия и составило от 17 до 321 эпителиальных клеток в одном поле зрения, в среднем  $173,8 \pm 35,29$  клеток, а также клеток из глубоких слоев эпителия от 0 до 11, в среднем  $3,6 \pm 0,96$  клеток. Разница в показателях до и после приема глицина оказалась недостоверной (соответственно  $t = 1,6$  и  $0,84$ ), однако, можно говорить о положительной тенденции и о стимуляции иммунитета на уровне клетки, что подтверждает чистый фон препаратов (отсутствие или резкое уменьшение количества микрофлоры), меньшее количество разрушенных клеток, клетки были более правильной формы, границы клеток четкие, цитоплазма без включений, без размытости хромати-

на, т.е. значительно уменьшились дегенеративные процессы внутри клетки.

Изучение заболеваемости ОРВИ по обращаемости школьников, принимавших глицин показало, что в последующие 6 месяцев после приема глицина только 7,14% учащихся заболели ОРВИ и длительность заболевания у них составила в среднем 5 дней, против 7-12 дней до приема глицина.

Таким образом, проведенные исследования позволили выявить нарушение слизистой оболочки полости рта у часто болеющих детей с нарушением слуха и речи и показали определенный иммуностимулирующий эффект глицина в профилактике ОРВИ, что позволяет рекомендовать его как дополнительное средство для повышения защитных сил организма в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации или экологического неблагополучия.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И РЕЧИ

Кутумова Н.Б., Нефедов П.В.  
*Кубанский государственный  
медицинский университет,  
Краснодар*

Анализ состояния здоровья населения РФ по данным официальной статистики свидетельствует о высоком уровне алкоголизации населения, особенно подростков, что может быть дополнительным фактором ухудшения их здоровья.

С целью изучения распространения употребления алкоголя среди учащихся коррекционной школы-интерната с нарушением слуха и речи (глухие и слабослышащие) нами была составлена анкета, включающая 7 вопросов и, дополнительно, вопросы об их отношении к наркотикам и оценку своего здоровья. Сбор статистического материала осуществляли путем анонимного анкетирования. В анкетировании приняли участие 132 школьника, из которых 53,8% составили мальчики и 46,2% - девочки. Возраст учащихся был от 12 до 20 лет, причем в возрасте 12-13 лет оказалось 19,7% мальчиков и 14,7% девочек, от 14 до 17 лет соответственно – 60,6% и 63,9%, 18-20 лет – 19,7% и 21,4%. Школьники обучались с 5 по 12 класс, при этом учащиеся 5-7 классов составили 34%. Остальные анкетированные были учащимися старших классов – 66%.

На вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» – ответили положительно 95,8% мальчиков и 82% - девочек. Среди употребляющих алкогольные напитки, в основном были подростки, чаще слабослышащие, чем глухие, что, вероятно, связано с лучшей адаптацией их в социальных условиях.

Анализ вида употребления напитков показал, что школьники чаще пьют пиво. Пиву отдают предпочтение 88,2% мальчиков и 66% девочек. Вино употребляют 45,6% мальчиков и 48% девочек, водку соответственно 19,1% и 8%. Что касается частоты употребления различных алкогольных напитков, то оказалось, что в течение учебной недели только отдельные учащиеся в возрасте 18-20 лет иногда употребляли пиво.

Школьники указали, что крепкие напитки, наряду с пивом, они употребляют на праздники или семейные торжества, на которых некоторые родители лояльно или безразлично относятся к этому. Употребление алкогольных напитков во время таких мероприятий, по данным анкетирования, улучшает их настроение и снимает скованность в общении со сверстниками. На вопрос: «Вы когда-нибудь напивались?» – ответили отрицательно 63,2% мальчиков и 76% девочек, остальные указали, что это случилось 1-2 раза.

Большинство учащихся знакомо с отрицательным влиянием алкоголя на здоровье, в том числе и на орган слуха, поэтому они стараются употреблять минимальное количество алкогольных напитков и менее крепкие из них, например пиво.

Отрицательное отношение к наркотикам выразили 91,5% мальчиков и 82% девочек, безразличное – 8,5% мальчиков и 14,6% девочек, считают допустимым нерегулярное употребление наркотиков только 3,4% девочек.

Школьники дали следующую оценку своему здоровью: здоров – 56,3% мальчиков и 45,9% девочек; почти здоров – соответственно, 33,8% и 45,9% и остальные указали, что чувствуют себя не очень здоровыми.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о меньшем распространении употребления алкоголя учащимися с нарушением слуха и речи, чем здоровыми школьниками (по данным литературы), и позволяют разработать дальнейшие профилактические мероприятия.

### **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Локтионов А.Л.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск*

Острый панкреатит и его деструктивные осложнения являются одной из сложных проблем современной хирургии. В общей структуре острой абдоминальной патологии на его долю приходится 12,5-16% (Винник Ю.С., 2001), а по частоте занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. До настоящего времени остается целый ряд нерешенных вопросов, включающих патогенез заболевания, закономерности развития процесса. Летальность при ОП колеблется в пределах от 2 до 8%, а при деструктивных формах – от 10 до 15%, в основном за счет гнойно-септических осложнений, особую роль в развитии которых, играет функциональная активность нейтрофилов периферической крови.

Целью настоящего исследования являлось изучение функциональной активности нейтрофилов периферической крови у больных с крупномасштабным поражением поджелудочной железы.

Исследование было проведено на базе МУЗ ГБ №4 г. Курска. В исследование было включено 24 пациента (на основании информированного согласия) крупномасштабным поражением поджелудочной же-

лезы в возрасте от 39 до 55 лет. Группа контроля состояла из 12 здоровых доноров-добровольцев того же возраста. Для исследований производили забор крови из кубитальной вены при поступлении, к моменту созревания и отграничения секвестров (по нашим данным 14-20 сутки) и ко времени выписки (50-60 сутки). Лейкоциты выделяли на градиенте плотности фиколл-урографина ( $\rho=1,077-1,078$ ). В указанные сроки определяли фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс активации фагоцитов (ИАФ), спонтанный и индуцированный зимозаном НСТ-тест, индекс стимуляции нейтрофилов (ИСН), функциональный резерв нейтрофилов (ФРН), активность миелопероксидазы и содержание лизомальных катионных белков при помощи специальных тестов.

Установлено резкое, в 8-10 раз снижение фагоцитарной и кислороднезависимой активности нейтрофилов периферической крови, при одновременном повышении всех показателей кислородзависимого метаболизма клеток. Такие изменения неспецифической резистентности организма свидетельствуют о наличии ярко выраженной воспалительной реакции и прогрессировании процессов перекисного окисления липидов, поддерживаемых, по всей видимости, не только за счет активных полиморфноядерных клеток, но и за счет ферментемии. Сниженная фагоцитарная кислороднезависимая активность может свидетельствовать о выбросе в кровеносное русло пула юных и незрелых клеток.

При исследовании показателей на 14-20 сутки заболевания спонтанный и стимулированный зимозаном НСТ-тесты, а также ФРН снижались ниже показателей доноров в 3 раза, фагоцитарная и кислороднезависимая активность возрастали только по сравнению с показателями при поступлении.

К моменту выписки было выявлено, что проводимое традиционное лечение не нормализовало функциональную активность нейтрофилов периферической крови: показатели повышались, но далеко не до уровня здоровых доноров.

Таким образом, выявленные нарушения свидетельствуют о развитии выраженной воспалительной реакции, сопровождаемой активацией процессов перекисного окисления липидов, и выбросом в кровеносное русло большого количества юных и незрелых нейтрофилов, при этом истощение наступает на 14-20 сутки, чем возможно в большей мере обусловлено развитие гнойных осложнений. Выявленные нарушения являются основанием для включения в комплексную консервативную терапию больных крупномасштабным поражением поджелудочной железы не только средств, стимулирующих нейтрофильное звено антиинфекционной защиты, но и антиоксидантных препаратов.