

- Наличие антигена HLA-A3, протективного гаплотипа A3-B7, ассоциировано чаще всего с отсутствием стафилококка в кишечной флоре.

- Наличие антигена HLA-A11 является высоко ассоциированным с отсутствием в микробном пейзаже больных СРК энтерококка.

- Наличие антигена HLA-DR11 высоко ассоциировано с риском преимущественного развития у больных дисбиоза кишечника с преобладанием *Candida spp.*

Таким образом, при наличии в фенотипе антигена HLA-DR11 более вероятным является нарушение микробиоценоза кишечника за счет *Candida spp.*, что ассоциируется с протеканием СРК по типу болевого синдрома; при наличии в фенотипе антигена HLA-A3 более вероятным является дисбактериоз без стафилококка и течение СРК в форме без запоров.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯРНОЙ ДИСТОНИИ

Фефелова В.В., Осадчая А.И.,
Захарова Л.Б., Поликарпов Л.С.

*ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,
Красноярск*

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) одна из наиболее распространенных патологий сердечно-сосудистой системы, встречающихся у лиц молодого возраста. Несмотря на проведенные многочисленные исследования, по-прежнему нет четкого понимания сущности этой патологии. Изменения нейроэндокринной регуляции, которые имеют место при НЦД не могут не сказываться на состоянии иммунной системы.

Целью исследования была оценка состояния симпато-адреналовой системы (содержание биогенных моноаминов: катехоламинов (КА) и серотонина (Сер), а также активности важнейшего митохондриального фермента цикла Кребса – сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и активности маркерного фермента лизосом – кислой фосфатазы (КФ) в иммунокомпетентных клетках крови у больных НЦД в зависимости от исходного вегетативного тонуса (ИВТ)).

Нами обследовано 30 больных НЦД и 26 здоровых людей (контрольная группа) в возрасте 20-35 лет. Все больные НЦД имели вторую степень функциональных расстройств с наличием вегетативно-сосудистых пароксизмов до 4-5 раз в год, лабильностью артериального давления и повышением систолического артериального давления до 140 мм рт.ст. Обследование включало измерение АД, электрокардиографию, кардиоинтервалографию, велоэргометрию, эхокардиографию. Исходный вегетативный тонус (симпатикотония, ваготония, эйтония) устанавливался на основании индекса Кердо и данных кардиоинтервалографии. Активность СДГ определяли по Р.П. Нарциссову (1969), активность КФ – по А.Ф. Goldberg, Т. Barka (1962). Содержание КА и серото-

нина в лимфоцитах изучали люминесцентно-гистохимическим методом Фалька-Хиларпа (Yokoo H. et al., 1982).

Активность СДГ в лимфоцитах больных НЦД была достоверно снижена ($p < 0,001$) по сравнению с контролем. Наиболее значительным было снижение активности СДГ у больных с ваготоническим и эйтоническим вариантами исходного вегетативного тонуса. При симпатикотонии активность СДГ была снижена меньше, хотя также достоверно отличалась от контроля ($p < 0,001$). Снижение в лимфоцитах энергопродукции по основному аэробному пути – циклу Кребса и накопление в них лактата и пирувата нарушает функциональные возможности иммунокомпетентных клеток у больных НЦД.

Содержание КА в лимфоцитах больных НЦД оказалось достоверно более высоким, чем в группе здоровых людей ($p < 0,05$), за исключением ваготоников. Наиболее высоким содержанием КА отличались лица с симпатической направленностью исходного вегетативного тонуса. Аналогичным было и распределение в клетках содержания серотонина.

Значительные изменения были обнаружены и при изучении активности гидролитического лизосомального фермента кислой фосфатазы лимфоцитов у больных НЦД с разным исходным вегетативным тонусом.

При умеренном, но достоверном снижении суммарной активности КФ у больных НЦД по сравнению с контролем наиболее низкие показатели оказались у ваготоников, в то время как у симпатикотоников они даже превосходили контроль. Это можно объяснить мембраностабилизирующим эффектом ацетилхолина при ваготонии, в то время как увеличение в клетках КА при активации САС дестабилизирует мембраны лизосом, повышает активность гидролитических ферментов, активируя, таким образом, катаболические процессы в клетках.

МОРФОТИП, ВЕГЕТАТИВНЫЙ ГОМЕОСТАЗ, ДЕРМАТОТИП И МИКРОНУТРИЕНТЫ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Фиева О.Д.

*Ставропольский государственный университет,
Ставрополь,*

Кисловодский медицинский колледж, Кисловодск

Актуальность конституционального подхода в изучении адаптивных возможностей организма человека обусловлена становлением систем участвующих в процессе адаптации через морфогенез, и выявлении типологических адаптационных способностей.

Антропометрически, вариационно - пульсометрически, дерматоглифически и с точки зрения содержания микроэлемента селена нами были исследованы и изучены морфофункциональные параметры 214 студентов и лечащихся различных регионов Российской Федерации (подростки и юноши), и анализированы методами параметрической статистики с целью выявления адаптивных возможностей и конституциональных особенностей подростков и юношей к условиям КМВ.

Выявленная специфика морфологической гетерогенности соматотипов с использованием антропометрической программы исследования данного контингента демонстрирует причинность влияния внешней среды на индивидуальные морфологические типологические особенности. По антропометрической характеристике: студенты- юноши и подростки- лечащиеся (по 1 главной компоненте) и лечащиеся: юноши и подростки (по 2 главной компоненте), характеризуются наиболее значимыми отличиями, а студенты-подростки и юноши- лечащиеся (по 1 главной компоненте) и студенты: подростки и юноши (по 2 главной компоненте): имеют сходные морфологические параметры.

По вариационно- пульсометрической характеристике: лечащиеся: подростки и юноши (по 1 главной компоненте); студенты и лечащиеся: подростки (по 2 главной компоненте), характеризуются наиболее значимыми отличиями, а студенты: подростки и юноши (по 1 главной компоненте); студенты и лечащиеся: юноши (по 2 главной компоненте); имеют сходные морфологические параметры.

Изученные параметры дерматоглифики, ассоциированные с уровнем реактивности организма, позволили установить наличие всех основных типов пальцевых узоров, где наиболее часто встречались завитки. Доминирующим узором оказались: у студентов- подростков дуги и петли, у лечащихся- подростков завитки, у студентов- юношей- петли. Анализ пальцевых дерматоглифов показал (индексы), для студентов: подростков и юношей информативным явились индексы Денкмейера и Фуругата, для лечащихся подростков- индексы Пола, для лечащихся юношей- Дельтовый индекс.

С учётом сложившихся представлений о возможности трактовки дерматоглифических узоров, групп хромосом их определяющих, как признаков маркирующих темпы соматического развития, поддерживается и доказывается предположение об ускоренных темпах у студентов: подростков и юношей, и об их замедленности у лечащихся- подростков и юношей.

Констатирована наибольшая корреляция между антропометрическими и вариационно- пульсометрическими, антропометрическими и микроэлементом селеном, антропометрическими и дерматоглифическими признаками над вариационно- пульсометрическими и дерматоглифическими, вариационно - пульсометрическими и микроэлементом селеном.

Применение факторного анализа методом главных компонент показало: по антропометрическим, пульсометрическим, дерматоглифическим признакам факторы и нормализованные варимаксы с наибольшей величиной показателей образуют студенты и лечащиеся: подростки и юноши в равной степени. Установленный факт иллюстрирует наибольшее отличие морфофункциональных признаков лечащихся- юношей от студентов и лечащихся: подростков и студентов-юношей, доказывая незавершённость адаптационного процесса у лечащихся- юношей к условиям КМВ.

Фактически, установлена связь морфологических и функциональных признаков: антропометрических, дерматоглифических и пульсометрических признаков

у лечащихся- юношей, указание на наличие подобной связи в доступной современной научной литературе не обнаружено. Выявлена максимальная информативная значимость индекса Фуругата и Дельтового, позволяющая использовать данные дерматоглифические показатели с прогностической целью.

В заключение можно констатировать: при адаптации к условиям проживания, обучения и лечения на КМВ у студентов и лечащихся: подростков и юношей из различных регионов в зависимости от особенностей их конституции, вегетативного гомеостаза, дерматоглифики, микроэлемента селена, и состояния здоровья проявляется широкий спектр адаптационных возможностей от стабильной адаптивной реакции до состояния относительной реакции. Установленный в настоящем исследовании различный вклад морфологических и функциональных признаков в формирование адаптивных реакций и различные эффекты адаптации, позволяют считать применённый физиолого-антропологический подход целесообразным и оправданным.

В рамках проведённого исследования важен и ещё один аспект, с учётом возможности управления процессом адаптации, вполне реальным представлялось проведение профилактических мероприятий с целью корректировки выявленных функциональных нарушений. Данный аспект был взят во внимание при проведении исследований.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ТЕРКЕМЕ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Ханмагомедов Х.Л.

*Дагестанский государственный
педагогический университет,
Махачкала*

Историческая область Теркеме расположена в центральной части Приморской равнины Республики Дагестан. Основное население – азербайджанцы. Наряду с азербайджанцами здесь живут даргинцы, табасаранцы, агулы и другие народы, населяющие Дагестан. Теркемейцы в течение многих веков выработали народные средства лечения людей от различных заболеваний и «накапливались сведения о болезнях, о лечебных средствах растительного и животного происхождения, рождались приемы оказания акушерской помощи, элементарной хирургии при наружных повреждениях и т. д.» (Н.Ц. Цахаев, М.М. Максудов). Свое народное лечебное искусство теркемейские азербайджанцы Дагестана передавали другим народам, живущим на этой территории.

На основе изучения использования в лечении больных народными средствами с древнейших времен до наших дней можем сказать, это они исчерпывали из трех источников: 1) внушения – влияния на психику больного религиозными молитвами, заговорами; 2) использовали для лечения естественные силы природы (геофизические, гидрохимические, рекреационные); 3) использовали различные препараты, которые им были известны от своих предков, зная заранее или вслепую, не зная их действия на организм. Как нам