режают по развитию системы внешнего дыхания девочек 1992 г.р. Однако, при этом мы наблюдаем явное отставание девочек 1990 г.р. по этим же показателям от своих младших товарищей: по жизненной емкости легких – на 7,3 %, по дыхательному объему: на 4,5 %, по резервному объему выдоха – на 4 %, по резервному объему вдоха – на 10,4 %, по остаточному объему – на 7,4 %, по общей емкости легких – на 7,4 %, по легочной вентиляции – на 5,1 % (во всех случаях достоверность $p \leq 0,05$).

Сопоставив полученные результаты с данными анкетирования школьников, наблюдениями во время обследования, а также с показателями динамики длины тела, массы тела и окружности грудной клетки мы пришли к выводу, что подобные изменения возникают в связи с пристрастием части школьниц 12-13 лет к вредным привычкам, среди которых следует выделить табакокурение.

Важно, что эти проблемы возникают у девочек в момент, когда гормональные перестройки в организме развиваются по восходящей и, следовательно, в дальнейшем следует ожидать дисфункции органов системы внешнего дыхания.

Морфофункциональное развитие системы внешнего дыхания мальчиков 1990-1992 годов рождения находятся в пределах возрастной нормы (таблица 2).

Таблица 1. Показатели морфофункционального развития девочек 1990 – 1992 г.р.

Показатели	1990 г.р.	1991 г.р.	1992 г.р.
Длина тела (см)	160,9±1,46	155,9±1,36	147,9±1,31
Масса тела (кг)	46,5±1,41	45,2±1,95	37,7±1,69
Жизненная емкость легких (мл)	2331,9±95,07	2515,5±130,28	2066,5±80,45
Дыхательный объем (мл)	469,8±31,33	491,9±40,92	464,6±26,98
Резервный объем выдоха (мл)	789,24±38,01	821,5±60,55	633,9±38,11
Резервный объем вдоха (мл)	1074,4±63,77	1198,8±94,12	968,1±57,52
Остаточный объем (мл)	699,6±28,52	754,7±39,08	628,8±23,8
Общая емкость легких (мл)	3031,4±123,59	3270,2±169,37	2686,5±104,58
Легочная вентиляция (мл)	7158,7±492,15	7538,1±651,75	7110,6±425,08

Таблица 2. Показатели морфофункционального развития мальчиков 1990 – 1992 г.р.

Показатели	1990 г.р.	1991 г.р.	1992 г.р.
Длина тела (см)	162,9±1,21	154,2±2,86	150,6±1,48
Масса тела (кг)	49,5±1,81	42,7±2,51	40,5±2,03
Жизненная емкость легких (мл)	3191,2±125,93	2593,1±124,53	2368,7±109,56
Дыхательный объем (мл)	628,9±16,09	514,5±40,45	420,6±22,95
Резервный объем выдоха (мл)	996,5±42,24	862,7±56,84	831,7±64,59
Резервный объем вдоха (мл)	1565,8±101,24	1215,9±56,84	1116,4±49,34
Остаточный объем (мл)	957,4±37,78	777,9±37,36	710,6±32,87
Общая емкость легких (мл)	4148,6±163,71	3371,1±161,89	3079,4±142,43
Легочная вентиляция (мл)	9597,5±275,07	7763,3±597,96	6336,7±343,63

Динамика показателей системы внешнего дыхания показывает обычные темпы морфофункционального развития, характерные для мальчиков 11-13 лет. Однако следует обратить внимание на недостаточную разницу по массе тела между подростками 1992 и 1991 г. р.

Исследования подростков, обучающихся в Белгородских школах будут продолжены, так как полученные данные свидетельствуют о необходимости постоянного мониторинга состояния системы внешнего дыхания как одной из самых чувствительных к действию повреждающих факторов среды.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бреслав И.С. Произвольное управление дыханием у человека.- Л.: Наука, 1975.- 179 с.
2. Маршак М.Е. Регуляция дыхания у человека.- М.: Медгиз, 1961.- 267 с.
3. Методическое пособие по контролю и самоконтролю за развитием дыхания у школьников /Под ред. Т.Д.Кузнецовой. – М.: Изд-во РАО, 1995. – 97 с.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У МУЖЧИН АКНЕ

Мельникова Е.В.
ВГМУ, Владивосток

Угревая болезнь (акне) - одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее до 85 % людей в возрасте от 12 до 24 лет, а в возрасте 25-34и35-44 года заболеваемость составляет 8 и 3 % соответственно.

Известно, что воспаление вовлекает в процесс как неиммунологические, так и иммунологические механизмы.

Цель работы заключалась в оценке иммунных нарушений у больных, страдающих поздними формами акне.

Материалы и методы: проведена комплексная оценка иммунного статуса с иммунофенотипированием лимфоцитов (CD3+; CD4+; CD8+; CD20+), определением иммуноглобулинов основных классов (IgM, IgG, IgA) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у 15 больных поздними формами акне. Контролем служили показатели практически здоровых доноров аналогичного возраста.

При оценке клинического анализа крови у больных выявлены: лейкопения, тенденция к снижению общего количества лимфоцитов, моноцитов, нейтрофилов. Количественные показатели фагоцитоза (процент фагоцитирующих нейтрофилов, фагоцитарное число) были снижены. При этом установлена существенная активация кислородзависимых механизмов бактерицидности нейтрофилов в спонтанном НСТ-тесте, тогда как показатели индуцированного теста свидетельствуют о недостаточности резервного потенциала нейтрофилов. Клеточное звено иммунитета характеризовалось снижением содержания CD 3+; CD4+ клеток и повышением CD8+ лимфоцитов. Иммунорегуляторный индекс CD4+/CD8+ характеризовался тенденцией к снижению. Уровень В - лимфоцитов (CD20+), был несколько повышен. На этом фоне возрастала концентрация ЦИК. Выявлено снижение уровня IgM и содержания IgA.

Таким образом, при поздних формах акне, отмечен дисбаланс клеточного и гуморального звеньев иммунитета и неспецифических факторов резистентности, что, по видимому, связано с длительным антигенным раздражением резистентной микрофлорой и истощением резервных возможностей организма.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ КАК СЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Нерсесян Э.Л., Лазаренко В.А., Бречка А.В.
Курский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница, Курск

В последние годы для многих специалистов заболеваемость вирусным гепатитом является одной из основных проблем нашего времени, так как вирусный гепатит создает высокий процент хронизации. Исходом его часто является цирроз печени, развитие портальной гипертензии, а также варикозное расширение вен гастроэзофагеального коллектора.

Цель исследование — оценить клинические особенности и исходы у больных с циррозом печени как следствие хронического вирусного гепатита.

В клиническом обследование приняли участие 297 пациентов, обоего пола в возрасте от 30 до 84 лет. Мужчин было втрое больше чем женщин. Было проведено комплексное обследование, включающее клинические, лабораторные исследования, современные эндоскопические, сонографические, ангиографические методы. Также учитывались анамнестические данные.

По результатам обследования этиологическая структура выглядит следующим образом: гепатит В выделен у 192 обследованных, гепатит С — у 86, смешанные формы — у 16.

Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени слабовыраженной активности (34 человека) сопровождаются удовлетворительным состоянием больных. У 1/3 из них прямая фракция билирубина повышалась до 20,6±1,74 мкмоль/л, АЛТ - до 62±1,53 ед/л , тимоловая проба - до 7,2±0,62 ед., промбитовый индекс - до 70-80%. Хронический вирусный гепатит и цирроз печени умеренной активности (131 человек) проявились астеновегетативным, диспептическим, абдоминальным синдромом, желтушностью склер, кожи и слизистых оболочек продолжительностью до 2-3 недель. Уровень прямой фракции билирубина повышался до 35,8±3,7 мкмоль/л, АЛТ до 230±5,8 ЕД/л, тимоловая проба повышалась более чем в 2-х раза. Наблюдалась коагулопатия потребления и снижение белково-синтетической функции печени. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени выраженной активности (28 человек) характеризуются стойко выраженной интоксикацией, геморрагическим синдромом, потерей веса, асцитом у половины больных, наличием внепеченочных проявлений.

В большинстве случаев к летальному исходу при циррозах печени приводит кровотечение из варикозных вен гастроэзофагеального коллектора — 32%. Необходимо отметить, что смерть пациентов в большинстве случаев наступает от первичного кровотечения из расширенных вен пищевода и желудка, причем смертельные осложнения могут отмечаться и в дебюте заболевания. Особое внимание заслуживают больные с отечно-асцитическим синдромом, не поддающимся консервативному лечению и сопровождающимся кровотечением. Исход у таких больных весьма неблагоприятен.

На основании патологоанатомических исследований были получены следующие результаты: 25% больных погибли от печеночной комы, в 8,6% — погибли от перехода цирроза в рак.

Таким образом, портальная гипертензия при циррозе печени не представляет прямой угрозы для жизни больного и в определенной степени поддается своевременному консервативному лечению. Основными причинами смерти являются кровотечение из расширенных вен пищевода и печеночная кома. Своевременные показания к хирургическому лечению больных с циррозом печени должны устанавливаться хирургом совместно с гастроэнтерологом.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛЬЧИКОВ – ЖИТЕЛЕЙ ЮГА РОССИИ

Осипов Д.П.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Учение о конституции и соматических типах в современной медицине, рассматривающей организм как морфофункциональную целостность - сложное и перспективное направление, имеющее практическое значение. Изучение проблемы конституции дает возможность реализации антропологического направления анатомии человека в клиническую практику, так как конституция включает наследственно устойчивые признаки, служащие факторами риска при определённой патологии и факторами благополучия в условиях активных жизненных позиций. Физическое и психофизическое развитие детей, относящихся к различным конституциональным типам в постнатальном онтогенезе, происходит неодинаково. На этот процесс оказывают влияние самые разнообразные факторы, в том числе географические координаты популяции. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствуют регио-