45% детей одновременно проявляли сочетание нескольких групп признаков, хотя степень их выраженности была неодинаковая.

Изучали особенности незрелости отдельных познавательных функций у детей с разными типами межполушарной асимметрии мозга. Выделяли чистых правшей (20%) – детей с доминированием правых функций по всем признакам; праворуких (41%) – детей с различными вариантами доминирования уха и глаза, но преобладанием правых функций над левыми; амбидекстров (23%) – детей с приблизительным равенством левой и правой рук при различных соотношениях слуховых и зрительных функций; леворуких (12%) – детей с различными вариантами доминирования уха и/или глаза, преобладанием левых функций над правыми; чистых левшей (4%) – детей с доминированием левых функций над правыми по всем признакам.

На основе корреляционного анализа с использованием ранговой корреляции Спирмена, рассчитывали корреляционные связи между признаками незрелости отдельных познавательных функций и типами межполушарной асимметрии мозга у детей шестилетнего возраста. Анализ результатов исследования показал отличия в проявлении признаков незрелости познавательных функций у детей с разной межполушарной асимметрией. Крайние типы – чистый правша (79%) и чистый левша (100%) – были схожи по признаку незрелости пространственных функций ($p<0,01$; $p<0,001$). Праворукие дети в своем большинстве (82%) характеризовались признаками незрелости кинестетических функций и произвольной регуляции познавательной деятельности ($p<0,01$). У детей-амбидекстров наблюдался комплекс признаков незрелости различных познавательных функций. Так у 77% детей этой группы наблюдались признаки незрелости кинетических функций, у 53% – кинестетических и квазипространственных функций ($p<0,01$). Среди амбидекстров больше, чем среди других групп детей, отмечались признаки снижения непроизвольной регуляции познавательной деятельности (40%). У леворуких детей отмечалась различная степень риска по признакам незрелости кинестетических (90%), фонематических функций (74%), слухоречевой памяти (61%) ($p<0,01$), выявлялся достаточно большой процент (35%) детей со снижением непроизвольной регуляции познавательной деятельности.

ПОЛИСИНДРОМНОСТЬ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И ФЕНОТИП ЛИМФОЦИТОВ

Романова Н.В.
Государственная медицинская академия, Ярославль

Системная красная волчанка (СКВ) характеризуется полисиндромностью с развитием системных поражений, характеризующихся типичными для каждого синдрома признаками. Патогенез синдромов при СКВ связывают, прежде всего, с фиксацией в органах и тканях иммунных комплексов, содержащих ДНК и аутоантитела к ним. Гиперпродукцию аутоантител при СКВ расценивают как следствие утраты контроля регулирующих систем иммунной системы, ответственных за функции гуморального звена иммунитета. Однако в доступной литературе имеются лишь единичные работы относительно характеристик фенотипа лимфоцитов у больных СКВ в зависимости от наличия или отсутствия того или иного синдрома.

Нами изучен фенотип лимфоцитов при СКВ в зависимости от наличия или отсутствия различных синдромов в сравнении с аналогичными данными, полученными при обследовании больных дискоидной формой красной волчанки (ДКВ), при которой полисиндромность отсутствует.

Было обследовано 73 пациента в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе 28 (9 мужчин, 19 женщин) с ДКВ и 41 (все женщины) – с СКВ. При СКВ суставной синдром был диагностирован у 36 из 41 больного (87,8%), легочный –у 12 (29,3%), сердечно-сосудистый - у 31 (75,6%), почечный – у 16 (39%), Рейно – у 5 (12,2%), антифосфолипидный (АФС) у 5 (12,2%). Иммуноцитофенотипирование лимфоцитов (CD3 – общие Т-лимфоциты, CD4 – Т-хелперы, CD8 - цитотоксические/супрессорные лимфоциты, CD11b -супрессоры, CD16 - NK-клетки, CD19 - В-лимфоциты, CD25 – активированные лимфоциты с рецептором к интерлейкину-2, CD95 - лиганд, опосредующий апоптоз, CD-HLA-DR - активированные лимфоциты) проводили с помощью непрямого иммунофлюоресцентного метода с использованием моноклональных антител (6). Содержание лимфоцитов выражали в процентах. Контрольную группу составили 33 здоровых лиц того же возраста и пола. Результаты исследований обработаны на компьютере с помощью программы Statistica (версия 5.5).

У больных ДКВ по сравнению со здоровыми лицами установлено статистически значимое снижение содержания CD3 лимфоцитов на фоне повышения CD16, CD19, CD25, CD95 и CD-HLA-DR лимфоцитов. Количество CD4, CD8, CD11b лимфоцитов не отличалось от показателей группы контроля.

При СКВ спектр изменений фенотипа лимфоцитов был более широким и выраженным, проявляясь независимо от наличия или отсутствия различных синдромов общими закономерностями в виде снижения содержания CD3, CD4, CD11b лимфоцитов, повышения CD8, CD16 и особенно - CD19, CD25, CD95 и CD-HLA-DR лимфоцитов по сравнению с данными контроля.

Анализ результатов иммуноцитофенотипирования лимфоцитов у больных СКВ в зависимости от наличия или отсутствия различных синдромов показал, что при наличии у пациентов суставного синдрома имело место снижение содержания CD8 на фоне увеличения CD16 лимфоцитов по сравнению с аналогичными данными у больных с отсутствием этого синдрома. Наличие или отсутствие других синдромов (легочного, сердечно-сосудистого, почечного, Рейно, АФС) не отражалось на количественных показателях фенотипа лимфоцитов.

Полученные данные указывают на существовании общих закономерностей изменений фенотипа лимфоцитов при различных формах красной волчанки независимо от наличия или отсутствия большинства синдромных поражений (за исключением суставного

синдрома) в виде преимущественного значительного увеличения маркеров активации и апоптоза. Развитие различных синдромов при СКВ, вероятно, связано не только с повреждающим действием фиксированных в тканях иммунных комплексов, но и с другими механизмами (действие цитокинов, нейтрофилов, моноцитов и т.д.).

ПРИМЕНЕНИЕ L-ТИРОКСИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТИРЕОИДНОГО ГОМЕОСТАТА У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Савенок Э.В., Огнерубов Н.А., Савенок В.У.
Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Важной задачей диспансерного наблюдения за оперированными больными является выявление и коррекция гормональных нарушений. Речь идет в первую очередь о терапии тиреоидными гормонами, цель которой не только поддержать эутиреоидное состояние, но и воздействовать на центральное звено тиреоидного гомеостата - подавить избыточную секрецию тиреотропина. В связи с этим многие клиницисты считают, что гормонотерапия показана всем больным дифференцированными формами рака щитовидной железы, независимо от объема операции, так как эта форма рака является гормонозависимой.

После экстирпации щитовидной железы все больные нуждаются в постоянной (пожизненной) заместительной гормонотерапии, которую следует начинать как можно раньше - на 10 - 12 день после операции. Необходимость в компенсации функции щитовидной железы у онкологических больных после операции не вызывает сомнений. Однако, до настоящего времени нет унифицированных схем приема препаратов, не установлена зависимость их доз от объема операции.

Нами изучена эффективность гормонотерапии с использованием L-тироксина у 129 больных раком и доброкачественными опухолями щитовидной железы после экстрафасциальных операций. Контроль тиреоидного гомеостата осуществлялся в различные сроки после оперативного вмешательства (часть пациентов обследована несколько раз). В послеоперационном периоде всем больным назначали L-тироксин. Прием препарата начинали на 7 день после операции в различных дозах под контролем пульса, артериального давления и клинического состояния больного.

После гемитиреоидэктомии.

Гемитиреоидэктомия была выполнена 71 пациенту. Рак щитовидной железы был у 25 больных (35,2%), а доброкачественные опухоли - у 46 (64,8%). L-тироксин назначали с 7 дня после вмешательства в суточной дозе 25 мкг в течение одной недели, с последующей эскалацией дозы до 50 мкг. Применение L-тироксина в качестве гормонотерапии у пациентов, перенесших гемитиреоидэктомию, способствовал нормализации тиреоидного гомеостата в 91,5% случаев практически через 6 месяцев с начала лечения и только у 6 пациентов (8,5%) понадобилась комбинированная гормонотерапия L-тироксином (50 мкг) с трийодтиронином (20 мкг).

После субтотальной резекции.

Субтотальная резекция была выполнена 23 больным, из которых у 9 был рак, а у 14 - доброкачественные опухоли щитовидной железы. L-тироксин назначался также на 7 сутки после операции по 25 мкг с еженедельным повышением дозы на 25 мкг до 100 мкг 1 раз в сутки под контролем пульса, артериального давления и общеклинического обследования. Применение L-тироксина после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу рака и доброкачественных опухолей позволил нормализовать тиреоидный гомеостат у 18 (72%) пациентов. У 5 больных в схему лечения был введен трийодтиронин (20 мкг).

После тиреоидэктомии.

Тиреоидэктомия произведена 46 пациентам, среди которых рак щитовидной железы был у 17 (37%) больных, а доброкачественные опухоли - у 29 (63%). L-тироксин пациенты начинали принимать на 7 день после операции в суточной дозе 50 мкг с еженедельной эскалацией дозы на 25 мкг до 150 мкг в сутки. В связи с трудностью коррекции тиреоидного гомеостата больные после тиреоидэктомии нуждались в постоянной его коррекции, причем в большинстве случаев удавалось нормализовать тиреоидный гомеостат, подобрав суточную дозу L-тироксина от 100 до 150 мкг, а в некоторых случаях в комбинации с трийодтиронином.

Таким образом, результаты полученных исследований свидетельствуют о том, что после экстрафасциальных операций на щитовидной железе, выполненных по поводу рака и доброкачественных опухолей, возможно применение L-тироксина в адекватном дозовом режиме. После гемитиреоидэктомии терапию необходимо начинать с 50 мкг/ сутки, после субтотальной резекции щитовидной железы - со 100 мкг, а после тиреоидэктомии - со 150 мкг. Применение L-тироксина в монорежиме позволяет поддержать тиреоидный гомеостат в пределах нормы у 91,5% пациентов после гемитиреоидэктомии, у 72% больных после субтотальной резекции щитовидной железы и в 87% наблюдений после тиреоидэктомии.

ВЛИЯНИЕ КАСТРАЦИИ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ПРОПРАНОЛОЛУ В УСЛОВИЯХ ПОКОЯ И СТРЕССА

Семенова М.А., Анищенко Т.Г.
Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, Саратов

Известно, что предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (ССС) у мужчин гораздо выше, чем у женщин. Однако, механизмы, обусловливающие различную стресс-реактивность ССС у женских и мужских особей, недостаточно исследованы. Изучение вклада половых гормонов в обеспечение половых особенностей активности ССС становится в последнее время все более актуальным. Целью данной работы явилось изучение роли муж-