

ется особенно четко выраженным у людей молодого возраста. Студенчество это особая группа населения, для которой типичны определенные условия учебной и трудовой деятельности, относительная возрастная однородность. Задача настоящей работы заключалась в изучении физического развития 344-х астраханских студентов (82 юноши и 262 девушки) в современных экологических условиях и сравнение основных антропометрических параметров в двух возрастных группах юношей и девушек: 17-18 лет (первая группа) и 22-23-х лет (вторая группа). Использованы методы статистического анализа с привлечением метода сигмальных отклонений и центильных непараметрических методов.

По нашим данным в последние годы (2003-2004) антропометрический статус (Аст) молодежи без учета половых различий представляется в следующем виде:

- Нормальное физическое развитие – 62,8%;
- Гармоничный Аст – 33,1%;
- Дисгармоничный Аст – 29,7%;
- Резко дисгармоничный Аст – 37,2%

Как выяснилось, нормальное физическое развитие имеют 59,9% девушек и 72,0% юношей. Ведущим отклонением в физическом развитии женщин является дефицит массы тела.

В соответствии с принятой в настоящее время возрастной периодизацией онтогенеза, основанной на биологических принципах, 8-ой период это юношеский возраст: от 17 до 21 года для юношей и от 16 до 20 лет для девушек. С 21 – 22 лет начинается 9-ый период – зрелый возраст, первый этап которого ранняя взрослость: 22 – 35 лет. мужчины и 21 – 35 лет женщины. Существует мнение, что рост тела в длину заканчивается у мужчин к 19 – 22 годам, а у женщин к 17 – 18 годам. По нашим данным у юношей первой группы (средний возраст 17,2 лет) окружность груди достоверно ниже ($P < 0,001$) по сравнению со второй (средний возраст 20,1 лет). В то время как рост практически не отличался, а масса тела имела тенденцию к возрастанию. Среди девушек в двух изучаемых группах не было достоверных отличий в росте, также существенно не отличалась окружность груди. Однако, с увеличением возраста имело место закономерное возрастание массы тела ($P < 0,02$). Таким образом, для лиц разного пола выявлены особенности становления антропометрических параметров в один из критических периодов онтогенетического развития, каким является переход от юности к ранней взрослости.

В настоящее время все большую значимость приобретает исследование уровня физического развития конкретных людей, выявление отклонений и до-нозологическая диагностика возможных заболеваний.

СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АКТИВНОЙ ЙОДПРОФИЛАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Горюнова Т.П., Черданцева Г.А.

Центральная городская больница г.Ноябрьска, ЯНАО, Тюменской обл.

В связи с активной разработкой нефтяной и газовой промышленности, на Ямале значительно увеличилось число некоренных жителей. Это послужило основанием для изучения адаптационных механизмов человека в зоне Арктики, в том числе особенностей репродуктивной функции и состояния здоровья детей. Проблема адаптации мигрантов к условиям Крайнего севера выражается в синдроме дизадаптации, формирование которого непосредственно связано с иммунной системой. В то же время район Крайнего Севера относится к йоддефицитной территории и население его не получает массовую йодную профилактику. Йоддефицитные состояния являются фактором риска и представляют наибольшую опасность для незрелой иммунной системы плода.

Целью нашего исследования явилась оценка иммунного статуса в раннем неонатальном периоде новорожденных пришлого населения в зависимости от сроков проживания их матерей в условиях Крайнего Севера и влияния активной йодпрофилактики беременных.

Обследовано 120 доношенных новорожденных, которые были разделены на две группы в зависимости от срока проживания их матерей на Севере.

В 1-ю группу вошли 60 новорожденных от матерей приезжих и проживающих на Севере первые три года, во 2-ю – 60 новорожденных от матерей приезжих и проживающих на Севере более десяти лет. Каждая группа была подразделена на две подгруппы, основная (А) – 30 новорожденных от матерей, получавших во время всей беременности калия йодид (200мкг/сут) и контрольная (Б) – 30 детей от матерей без профилактики.

Группы и подгруппы рондаминизированы по соматической патологии, акушерскому и гинекологическому анамнезу матери и по статусу новорожденного при рождении ($p > 0,05$).

Обследовалась пуповинная кровь сразу после рождения ребенка.

Исследование показателей иммунного статуса включало определение параметров клеточного и гуморального иммунитета, а так же фагоцитарного звена. Комплексная оценка иммунореактивности предусматривала определение: -общего количества лейкоцитов, - абсолютного и относительного числа лимфоцитов, - иммунофенотипирование клеточных субпопуляций CD3,CD4,CD8,CD19. Рассчитывался иммунорегуляторный индекс CD4/CD8. В качестве методов оценки эффективной фазы гуморального иммунного ответа (определение IgA, IgM, IgG, IgE, ЦИК) применялся иммуноферментный анализ и калориметрический метод. Для определения функциональных свойств нейтрофилов, переваривающей способности (спонтанной и стимулированной) применялся тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) и

тест фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН-тест), % фагоцитоза и фагоцитарное число.

Для статистической обработки данных использовали электронную версию STAT1. Анализ результа-

тов проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Разницу сравниваемых величин считали статистически значимой при $p < 0,05$.

Таблица 1. Иммунологические показатели у новорожденных (M±m)

№ п/п	Показатель	Группы новорожденных (n=120)		Значение p
		I-A (n=30) I-B (n=30)	II-A (n=30) II-B (n=30)	
1.	Лейкоциты, $\times 10^3$	$17,46 \pm 0,75$ $15,77 \pm 0,95$	$16,72 \pm 0,50$ $16,51 \pm 1,13$	н.д. н.д.
2.	Лимфоциты, %	$45,82 \pm 1,11^*$ $40,52 \pm 1,60$	$37,28 \pm 0,34^{**}$ $32,16 \pm 1,76$	**** ***
3.	CD3+, %	$69,20 \pm 1,59$ $74,84 \pm 2,63$	$82,02 \pm 1,23$ $77,49 \pm 2,22$	**** н.д.
4.	CD4+, %	$57,82 \pm 1,32^*$ $51,33 \pm 2,50$	$71,00 \pm 1,32^{***}$ $58,31 \pm 3,24$	**** н.д.
5.	CD8%	$28,13 \pm 0,71^*$ $23,69 \pm 1,38$	$23,68 \pm 0,32^*$ $21,27 \pm 0,92$	**** н.д.
6.	CD4/CD8	$2,08 \pm 0,06$ $2,69 \pm 0,39$	$3,02 \pm 0,08$ $2,94 \pm 0,24$	**** н.д.
7.	CD19%	$13,75 \pm 0,29$ $13,88 \pm 1,14$	$13,88 \pm 1,14$ $12,51 \pm 0,73$	н.д. н.д.
8.	Ig G	$718,5 \pm 34,5$ $815,2 \pm 75,8$	$724,0 \pm 27,1$ $730,5 \pm 42,8$	н.д. н.д.
9.	ЦИК высокомолекулярные	$12,30 \pm 0,58$ $16,73 \pm 2,5$	$23,53 \pm 2,36$ $21,17 \pm 2,31$	**** н.д.
10.	ЦИК среднемолекулярные	$32,87 \pm 3,12$ $38,37 \pm 3,39$	$31,00 \pm 2,30^{**}$ $42,60 \pm 3,62$	н.д. н.д.
11.	ЦИК низкомолекулярные	$244,03 \pm 9,14$ $250,20 \pm 14,0$	$298,67 \pm 11,30$ $287,00 \pm 18,17$	*** н.д.
12.	% фагоцитоза	$63,90 \pm 1,39$ $65,07 \pm 1,93$	$74,00 \pm 1,03$ $72,17 \pm 1,71$	**** **
13.	Фагоцитарное число	$2,08 \pm 0,05$ $2,19 \pm 0,07$	$2,24 \pm 0,05$ $2,25 \pm 0,07$	* н.д.
14.	НСТ спонтанный	$21,07 \pm 0,68$ $19,47 \pm 1,14$	$14,37 \pm 0,81$ $16,57 \pm 1,30$	*** н.д.
15.	НСТ стимулированный	$21,83 \pm 1,10^{**}$ $27,37 \pm 1,68$	$39,17 \pm 1,05^*$ $35,30 \pm 1,46$	**** ***

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, **** $p < 0,0001$, Н.Д.-нет достоверных отличий

В результате проведенных исследований были установлены статистически значимые различия в относительных показателях клеточного иммунитета новорожденных с разным сроком проживания их матерей на Севере (табл. 1). Наиболее выраженные сдвиги были выявлены в показателях относительного содержания лимфоцитов и их субпопуляций, процента фагоцитирующих клеток и индуцированной бактерицидной активности нейтрофилов. Отмечено более значимое положительное влияние на иммунную систему новорожденных активной профилактики йододефицита у беременных женщин, длительно проживающих в условиях Крайнего Севера.

ВЛИЯНИЕ БИОУПРАВЛЯЕМОЙ МИЛЛИМЕТРОВОЙ ТЕРАПИИ И ЦВЕТОСТИМУЛЯЦИИ НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Григорова С. Ю.

Государственный университет, медицинский факультет, кафедра протопедтики внутренних болезней и медицинских информационных технологий, Белгород

В патогенезе язвенной болезни немаловажную роль играет секреторная функция желудка, что предопределяет необходимость комплекса путей эффективного воздействия на данное звено механизма возникновения патологического процесса в желудке и двенадцатиперстной кишки. К одним из перспективных направлений в коррекции секреторной активности желудка можно отнести биоуправляемую миллиметровую терапию и цветостимуляцию.