

должалось ступенеобразное падение уровня СМП в плазме крови, однако этот показатель не достигал до уровня здоровых людей (контрольная группа).

Изучение изменения уровня СМП в плазме крови при неосложненном гриппе в зависимости от тяжести заболевания выявило достоверно более высокие значения СМП в плазме крови при тяжелом течении, чем при среднетяжелой и легкой форме заболевания, а при среднетяжелой форме заболевания концентрация СМП было существенно выше, чем при легкой форме. При тяжелой форме гриппа уровни СМП возвращались к нормальным показателям в периоде поздней реконвалесценции, т.е. через 1 месяц после выписки из стационара. В тоже время нормализация исследуемого показателя у больных легкой и среднетяжелой формы заболевания происходила перед выпиской из стационара. Более высокие значения СМП отмечаются у больных гриппом с сопутствующими инфекциями.

Таким образом, полученные данные подтверждают значение определения СМП как показателя эндогенной интоксикации, дающей дополнительную информацию о развитии патологического процесса в динамике заболевания гриппом, в зависимости от периода и степени тяжести заболевания. Следовательно, уровень среднемолекулярных пептидов плазмы крови может служить одним из маркеров интоксикационного синдрома. При неосложненном гриппе наблюдается значительное и достоверное повышение уровня СМП с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов параллельно положительной динамике, т.е. при улучшении общего состояния отмечается существенное снижение уровня СМП с возвращением у большинства больных к уровню здоровых людей.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕХНОЛОГИЯМ РЕАБИЛИТАЦИИ

Парахонский А.П.

*Кубанская медицинская академия,
Краснодар*

В связи с новыми задачами здравоохранения существенно повышаются требования к медицинским технологиям, включая средства и методы диагностики и коррекции адаптационных возможностей организма. Объектом влияния корректирующих и реабилитационных технологий являются внутренние факторы риска развития функциональных расстройств. Рассмотрение организма как единой метаболической системы является единственно правильной методологической основой для понимания сущности заболевания, оценки тяжести и определения прогноза болезни. В этой связи системный подход и системный анализ находят применение в диагностике, оценке эффективности терапии и реабилитации различных воспалительных и инфекционных заболеваний, а также определении степени их тяжести.

Современные подходы к диагностическим, корректирующим и реабилитационным технологиям основаны на интеграции адаптационного и нозологического принципов в восстановительной медицине.

Адаптационная модель фокусируется на характере взаимодействия организма с внешней средой. Основанные на этом подходе медицинские технологии выявляют адаптационные возможности организма, а оздоровление воспринимается как успешная адаптация индивида в окружающем мире. Снижение приспособительных возможностей человека является главным фактором, формирующим степень развития патологических нарушений. Это определяет стратегию современной медицины, направленной не только на устранение специфических проявлений болезни, но и на повышение адаптационного потенциала организма человека, уровня его здоровья. Эффект полезного воздействия медицинских технологий в донологическую стадию патологии наибольший, так как большинство защитных ресурсов организма ещё сохранено. Проблема сохранения и реабилитации здоровья требует развития системы тестирования состояния индивидуальных резервов организма и поиска средств, способствующих их восстановлению. Здоровье является основным критерием качества жизни, задача его сохранения, восстановления, укрепления важна как в медицинской, так и в социальной практике, так как состояние здоровья оказывает решающее влияние на профессиональную и социальную адаптацию человека. Применение медицинских диагностических, корректирующих и реабилитационных технологий, основанных на интеграции адаптационного и нозологического подходов, может способствовать более правильной и полной оценке влияния состояния здоровья и факторов окружающей среды на качество жизни населения. Реализация основного принципа современной медицины – подбора медицинских технологий с учётом индивидуальных особенностей пациента – возможна только при комплексном применении диагностических и реабилитационных технологий с учётом состояния структуры и функций основных систем организма, его адаптационных возможностей.

Стратегия реабилитационных мероприятий состоит в комплексности и учёте патогенетических особенностей развития заболевания. Тактика реабилитации пациентов предусматривает совокупность средств, методов и приёмов, направленных на достижение главной цели – восстановление нарушенных функций органов или систем, а, следовательно, улучшение здоровья и качества жизни больных людей. В комплексной реабилитации больных с воспалительными и инфекционными заболеваниями основополагающими являются следующие принципы: определение степени патологии и учёта сопутствующих заболеваний; индивидуальный подбор препаратов; сочетание, системность и локальное использование препаратов; применение не медикаментозных методов лечения; этапность, непрерывность и преемственность ведения больного. Диагностика индивидуального здоровья, особенно нарушенного, включает нозологическую оценку, характеристику состояния адаптационных возможностей и влияние факторов образа жизни. Такой интегративный подход позволяет адресно подобрать реабилитационную программу для каждого конкретного пациента.

УРОВЕНЬ ЭНДОТОКСИКОЗА У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ МОБИЛЬНЫМИ ТЕЛЕФОНАМИ

Пустовалова Л.М., Кубракова М.Е.
Ростовский государственный
медицинский университет,
Ростов-на-Дону

Число пользователей мобильными телефонами в России составляет в настоящее время свыше 14 миллионов человек, а во всем мире ежедневно количество их возрастает на 46 тысяч человек, и к концу 2005 года превысит 1,5 миллиарда. Основным фактором воздействия мобильных телефонов на организм человека является высокочастотное излучение дециметрового диапазона. Так наиболее распространенный в России стандарт GSM работает на частотах 900, 1800 и 1900 МГц. Поскольку пиковая мощность излучения мобильного телефона сильно колеблется, что связано с конструктивными особенностями аппарата, условиями его эксплуатации, а также с удаленностью абонента от базовой станции, прогнозировать биологические эффекты телефонного излучения очень сложно. Профессор Л. Харделла и его коллеги из Швеции, на большом клиническом материале, впервые доказали, что шанс получить опухоль головного мозга у пользователя сотового телефона в среднем повышается на 70%. Больше всего (в три раза) увеличивается риск заболеть невриномой слухового нерва, причем именно на той стороне, где человек привык держать телефон. Но эти исследования были проведены в основном на пользователях NMT (Дельта) телефонов. Для GSM стандарта – достаточный материал пока не набран.

В связи с этим, целью нашего исследования было оценить уровень эндогенной интоксикации у студентов первых-третьих курсов РостГМУ, пользующихся сотовыми телефонами GSM-стандарта.

В исследовании приняли участие 43 студента в возрасте 17-21 год. Из них 28 человек пользовались сотовым телефоном в течение одного года и более, и 15 студентов никогда не использовали средства мобильной связи. Материалом исследования служила нестимулированная смешанная слюна, собранная через 20 минут после ополаскивания ротовой полости дистиллированной водой. Об уровне эндогенной интоксикации судили по количеству и характеру распределения молекул средней массы (МСМ). Качественное и количественное содержание МСМ определяли методом М.Я. Малаховой с соавт. (1995г.) в модификации В.Н. Чернышова с соавт. (1999г.) в диапазоне длин волн 230-300 нм.

Анализ спектрограмм показал нормальное распределение МСМ в слюне студентов обеих групп. Однако количественное содержание МСМ оказалось выше у студентов, пользующихся мобильными телефонами. Так содержание МСМ при длинах волн 240 и 280 нм (соответствует максимумам поглощения для данных спектрограмм), составляло: в слюне студентов не использующих мобильные телефоны – 390 ± 4 у.е. и 353 ± 3 у.е. соответственно, а у студентов использующих – 523 ± 5 у.е. и 461 ± 3 у.е. соответственно.

Таким образом, наше исследование выявило, что качественный состав МСМ слюны в обследуемых группах не изменяется, а уровень МСМ в среднем на 30% был выше у лиц, которые пользуются сотовыми телефонами в сравнении с контрольной группой студентов, что свидетельствует об увеличении уровня эндогенной интоксикации у лиц, пользующихся мобильными телефонами GSM-стандарта.

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Разин М.П., Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Разин А.П.
Кировская государственная медицинская академия,
Киров

Врожденный гидронефроз – одно из наиболее распространенных заболеваний в детской урологии, интерес к которому в последние годы значительно возрос в связи с возможностями ранней диагностики и ранней коррекции порока, что позволяет избежать различных гнойных осложнений и органоуносящих операций. Детскому урологу в практической работе нередко приходится сталкиваться с неоднозначными ситуациями. Так до сих пор представляла диагностическую проблему ситуация, когда у больного выявлялась гидронефротическая трансформация в сочетании с камнеобразованием. Что это? Врожденный гидронефроз, осложненный уrolитиазом или мочекаменная болезнью, осложнившаяся вторичным гидронефрозом?

Стремясь объективизировать дифференциальную диагностику и определение риска прогрессирования гидронефротической трансформации, мы предлагаем использовать методы иммуногенетического типирования. Идентификацию HLA-антигенов локусов HLA-A, HLA-B, HLA-C мы проводили у 101 больного (все – представители славянских национальностей) в двухступенчатом микролимфоцитотоксическом тесте (Terasaki P. с соавт., 1970), локуса HLA-DR - в пролонгированном тесте (В-лимфоциты для DR-типирования получали путем фильтрации лимфовзвеси через нейлоновое волокно) по коллекции типизирующих сывороток АО "Гисанс" (Российский НИИ ГиТр, г.Санкт-Петербург). При этом в локусе HLA-A определяли 15, в локусе HLA-B - 28, в локусе HLA-C - 4, в локусе HLA-DR - 7 специфичностей. Вычисляли частоту встречаемости изучавшихся антигенов, их фенотипических и гаплотипических сочетаний. Для установления существенности различий в характере распределения антигенов в сравниваемых группах определяли критерий согласия (χ^2) с поправкой на непрерывность вариаций. Для определения степени ассоциации гидронефротической трансформации с иммуногенетическими параметрами вычисляли критерий относительного риска (RR): принято считать, что при RR, равном 2,0 и больше, существует положительная ассоциация признака с заболеванием (предрасположенность к развитию болезни), тогда как значения RR меньше 1,0 указывают на резистентность индивида к данной патологии. Контрольную группу в этих исследованиях составили 153 практически здоровых ребенка. Прове-