

роста со стадией заболевания следует интерпретировать с осторожностью (независимо от гистологической гетерогенности рака) (Cohen D., Simak R., Fair W., Melamed J., Scher H., Cordon-Cardo C., 1994; Connolly J. & Rose D., 1990; Nishi N., Oya H., Matsumoto K., Nakamura T., Miyataka H., Wada F., 1996; Perry K., Anthony C., Steiner M., 1997; Story M., Hopp K., Meier D., 1996; Barrack E., 1997; Kim I., Ahn H., Zeiner D., Shaw J., Lang S., Kato M., 1996).

EGF и TGF- α оказывают аутокринное и паракринное воздействия на рост и развитие сперматогенных клеток.

При собственном исследовании роли васкулярно-эндотелиального фактора роста (ВЭФР) в структурах семенника было отмечено, что наиболее интенсивно маркируются сперматогонии. Выраженность маркирования сперматозоидов и сперматид варьиабельна, что, вероятно связано со стадией их мейоза. Клетки Лейдига маркируются положительно только вблизи отрезка семенного канальца с наибольшей активностью экспрессии фактора. Сустентоциты не маркируются. Клетки стромальной ткани и миоидные клетки также иммунонегативны. Интенсивность реакции кровеносных сосудов зависит от их топографии. Согласно полученным данным можно сделать заключение: имеет место активная экспрессия васкулярно-эндотелиального фактора роста клеточными элементами сперматогенеза при параллельной активности клеток Лейдига. ВЭФР, как известно, обладая выраженным митогенным свойством для роста эндотелиоцитов, и в семеннике способствует оптимальной васкуляризации регионов микроокружения эпителиосперматогенного пласта.

ПРО- И АНТИОКСИДАНТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Иванова А.В., Железный П.А., Антонов А.Р.,
Сафронов И.Д.

*Государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия*

Одной из актуальных задач современной стоматологии является восстановление утраченных анатомических образований полости рта и их функций. При потере зубов эффективным решением данной задачи может являться протезирование, которое сегодня время осуществляется в основном съёмными пластиночными протезами. Однако, данный вид протезов имеет большую площадь соприкосновения со слизистой оболочкой полости рта, что может являться фактором риска ее повреждения и развития протезных стоматопатий. Поэтому разработка новых диагностических и прогностических критериев оценки патологических изменений в ротовой полости при протезировании является важным вопросом

ортопедической стоматологии. В качестве универсального неспецифического критерия, имеющего место при патологии, может быть рассмотрен т.н. окислительный стресс, возникающий в организме при нарушении равновесия между прооксидантами и компонентами системы антиоксидантной защиты. Исследования ресурсов антиоксидантной защиты ротовой полости свидетельствуют о наличии широкого спектра ее компонентов, тем более, что по выраженности кровоснабжения пародонт занимает ведущее место среди органов и тканей, а также отличается высоким уровнем инфильтрации нейтрофилами - потенциальными продуцентами свободных радикалов кислорода.

Целью исследования было изучение баланса свободнорадикальных реакций и глутатионовой системы в ротовой полости при протезировании съёмными зубочелюстными пластиночными протезами. Критерием отбора пациентов для решения поставленной цели исследования служило наличие у обследуемых лиц полных съёмных пластиночных протезов. В обследуемую группу вошли 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 65 до 95 лет, у которых в анамнезе имелось полное отсутствие зубов верхней и нижней челюстей; первичное или вторичное протезирование полными съёмными протезами; истекший срок использования старых полных съёмных протезов. Период исследования был разделен на три этапа: I - до протезирования полными съёмными протезами; II - через 7 дней после протезирования; III - через 6 месяцев после протезирования. Для исследования у каждого пациента брали ротовую жидкость, которую получали без стимуляции сплевыванием в стерильные пробирки утром, натощак, без предварительной чистки и полоскания рта. Затем ротовая жидкость центрифугировалась 10 минут при 3000 об/мин. Надосадочную часть ротовой жидкости отсасывали в пластиковые пробирки и хранили при - 30°C. Интенсивность процессов свободнорадикального окисления оценивали спектрофотометрическим методом при 532 нм (Yagi Y. et al., 1976), по накоплению продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-РП). Состояние глутатионовой системы характеризовали уровнем ферментативных и неферментативных компонентов. Содержание неферментативного антиоксиданта (глутатиона) определяли спектрофотометрически при длине волны 412 нм по цветной реакции тиоловых (-SH) групп с 5,5-дителиобис-2-нитробензойной кислотой (Wayner D.D.M., 1987), активность ферментативного антиоксиданта (глутатионредуктазы КФ 1.6.4.2) оценивали по методу Н. Horn, F. Bruns (1958) по реакции восстановления окисленного глутатиона NADP-H₂ зависимой глутатионредуктазой регистрируемой при 340 нм.

Проведенные исследования по анализу уровня продуктов свободно-радикального окис-

ления у пациентов с полным отсутствием зубов в разные сроки использования съемных пластиночных протезов показали, что содержание ТБК-РП в ротовой жидкости у них имеет разнонаправленный характер изменений. Так, у пациентов при первичном обращении (I этап) концентрация ТБК-РП в ротовой жидкости была в 1,6 раз выше таковой у лиц контроля. Через 7 дней после протезирования (II этап) уровень ТБК-РП был в 1,7 раза выше контрольных величин. Через 6 месяцев после протезирования (III этап) уровень ТБК-РП приблизился к контрольным данным. При этом он стал ниже в 1,6 раз, чем в группе первичного обращения ($p < 0,05$) и в 1,8 раз группы протезирования через 7 дней ($p < 0,05$). Подобная векторная направленность сдвигов была характерна и для параметров глутатионовой антиоксидантной системы. Аналогичная закономерность отмечалась и при определении содержания тиоловых групп глутатиона в ротовой жидкости у пациентов в динамике протезирования.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что использование полных съемных пластиночных протезов сопровождается активацией свободно-радикальных процессов и снижением активности глутатионовой антиоксидантной системы в ротовой полости в первые дни после протезирования. Однако через 6 месяцев постоянного использования полных съемных пластиночных протезов наблюдаемые нарушения про-антиоксидантного баланса в ротовой полости исчезают, что свидетельствует о высокой клинической эффективности протезирования. Причем по степени позитивного влияния на показатели локального окислительного статуса предпочтительным является использование полных съемных пластиночных протезов.

НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Карякин Н.Н.

Департамент здравоохранения Краснодарского края

Краснодар, Россия

Одним из существенных недостатков имеющихся систем организации медицинской помощи специалисты считают чрезмерную децентрализацию, называя такую систему медицинской помощи «муниципальной». Она характеризуется автономностью муниципального здравоохранения и, как следствие, низкой интеграцией разрозненных муниципальных систем в единую модель субъекта Российской Федерации. Противоположностью «муниципальной» модели является действовавшая в период Советского Союза система, когда управление в каждом уголке страны основывалось на директивах центра. В статье 72 Конституции Российской Федерации опреде-

лено, что координация вопросов здравоохранения относится к предмету совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Из данной нормы следует, что субъект федерации наделен конституционным мандатом на организацию системы медицинской помощи на своей территории.

Система правоотношений, включающая все три уровня власти в решение вопросов здравоохранения, является для Российской Федерации новой, а ее реализация сопряжена с решением целого комплекса задач, в том числе, в области межбюджетных отношений.

В настоящее время в связи с переходом к практической реализации процесса разграничения полномочий в сфере здравоохранения необходимо определить оптимальную модель организации медицинской помощи в субъекте федерации. Согласно теории управления, система должна включать в себя объект управления, субъект управления и связи между ними. В сфере здравоохранения данная модель включает в себя орган управления здравоохранением, медицинские учреждения (организации), граждан, непосредственно потребляющих медицинские услуги, и взаимосвязи между ними.

Так как обеспечение граждан качественной и доступной медицинской помощью интегрирует в себя неразрывную взаимосвязь различных видов медицинской помощи, организация системы здравоохранения должна строиться на основе комплексного подхода к управлению всеми элементами системы. Учитывая, что все виды медицинской помощи могут быть представлены лишь на уровне субъекта федерации, то формировать комплексный план развития здравоохранения возможно лишь на уровне субъекта федерации, а не муниципального образования.

Необходимо отметить противоречиводвойственный характер «муниципальной» системы оказания медицинской помощи: с одной стороны, местные системы автономны, с другой они фактически замкнуты на субъектный уровень, например, во-первых, страховые платежи в фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) за неработающее население являются расходным обязательством субъекта федерации, система ОМС, являющаяся источником 50-80% средств для финансирования здравоохранения, функционирует на уровне субъекта федерации; во-вторых, осуществление бюджетного финансирования муниципального здравоохранения осуществляется с участием фонда развития муниципальных образований, находящегося в ведении субъекта федерации. Таким образом, автономное обеспечение граждан муниципального образования медицинской помощью без участия субъекта федерации на практике не возможно.

С другой стороны, муниципальные образования вправе самостоятельно определять структуру сети медицинских учреждений, предостав-