

## МАТЕРИАЛЫ

XV ИТОГОВОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА И  
СОВЕТА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

17 МАЯ 2013 г.



### "АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ"

СТУДЕНЧЕСКОМУ НАУЧНОМУ  
ОБЩЕСТВУ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОЙ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

15

ЛЕТ





Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Ханты-Мансийская государственная  
медицинская академия»

Студенческое научное общество  
Совет молодых ученых и специалистов

## **МАТЕРИАЛЫ**

XV итоговой конференции Студенческого научного  
общества и Совета молодых ученых и специалистов  
Ханты-Мансийской государственной  
медицинской академии

# **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**



Ханты-Мансийск 2013

УДК 61+1  
ББК 50/60

Материалы XV итоговой конференции Студенческого научного общества и Совета молодых ученых и специалистов Ханты-Мансийской государственной медицинской академии «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» под редакцией д.м.н. Ф.И. Петровского – Ханты-Мансийск: Информационно-издательский центр ХМГМА, 2013. – 209 с.

**Главный редактор:** Ф.И. Петровский – ректор ХМГМА, д.м.н.

**Ответственный за выпуск:** Ан.П. Койносов – проректор по научно-исследовательской работе ХМГМА, д.м.н.

В сборнике представлены материалы научных работ студентов и молодых ученых по широкому кругу проблем в сфере медицинских, биологических, гуманитарных, философских, социально-экономических и общественных наук.

# Секция «Клинические науки терапевтического профиля»



\*\*\*

## ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

*Аллахверанова В.Х., Волова Е.П., Трофимова Н.В.*

*г. Архангельск, Россия*

*ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научный руководитель:

Суханова Н.С. - к.м.н.

На современном этапе развития общества происходят изменения, направленные на усовершенствование системы высшего профессионального образования с целью подготовки не только компетентного, но и здорового специалиста. В получении качественного образования, подготовке высококвалифицированного специалиста большое значение имеет здоровый образ жизни.

По данным Министерства здравоохранения только 10 % обучающихся в системе образования относятся к числу здоровых, 49 % - относятся к группе риска, 50 % - имеют патологические отклонения. Регулярные медицинские осмотры студентов младших курсов показывают, что в среднем на одного студента приходится 1-2 хронических заболевания [2].

Образ жизни является ведущим фактором, определяющим здоровье студентов [1]. По расчетам отечественных ученых, вклад образа жизни в здоровье составляет 50-55%. К эффективно содействующим укреплению здоровья факторам относят: рациональное обучение, рациональное питание, рациональную двигательную активность, закаливание, личную гигиену, психогигиену, отказ от вредных привычек (табакокурения, употребления алкогольных напитков и наркотиков) [3].

**Целью** исследования было изучение образа жизни студентов СГМУ. Нами было проведено анкетирование на добровольной основе 77 студентов I курса лечебного факультета в возрасте 17-19 лет. Применялся метод субъективной оценки образа жизни и факторов риска, влияющих на здоровье.

По данным анкетирования, исследование прошли 44 (42,8%) девушек и 33 (57,2%) юношей. 15 (19,5%) студентов живут в общежитии, 11 (14,3%) оп-

рошенных снимали комнату и 51 (66,2%) жили в отдельной квартире.

Изучались данные о питании. Питались 1-2 раза в день 40 (51,9%) опрошенных и завтракали редко 30 (38,9%) студентов. Ожирением I степени страдал 1 студент, избыточную массу тела имели 6 (7,8%) опрошенных.

Анализировали двигательную активность студентов: менее 30 мин ходят в день только 3 (3,8%) опрошенных, от 30 до 60 мин ходят 50 (64,9%) респондентов более 60 мин ходят 24 (31,3%) студента. Утреннюю гимнастику выполняют ежедневно только 16 (20,7%) студентов, 2-3 раза в неделю - 34 (44,1%) опрошенных, 1 раз в неделю - 13 (16,8%) респондентов и 14 (18,4%) молодых людей не делали упражнения. Дополнительно посещали спортивные учреждения 3-4 раза в неделю только 22 (28,5%) девушек и юношей.

Изучались вредные привычки у студентов. Среди опрошенных курили 17 (22,1%) человек, стаж курения в среднем составил 3,2 года, в день выкуривают по 15 сигарет. Принимают алкоголь от двух до четырех рюмок в неделю 9 (11,7%) студентов, только один из опрошенных злоупотребляет алкоголем более четырех рюмок в неделю. Но желание принять алкогольные напитки на следующий день после уже выпитой дозы отметили 3 (3,8%) студентов. Хотя бы раз попробовали наркотики 10 (12,9%) человек.

Не владеют информацией о безопасном сексе 2 студентов, знают, но не пользуются, доверяя партнеру 3 (3,8%) юноши и 2 (2,6%) девушки. Остальные респонденты знают и пользуются методами профилактики половых инфекций 23 (29,8%) респондента, у остальных 49 владеющих информацией студентов еще не было половых партнеров. 52 (67,5%)



опрошенных хотели получать дополнительные знания о здоровом образе жизни.

Таким образом, студенты нуждаются в пропаганде здорового образа жизни и гигиеническом воспитании. Для проведения профилактических мероприятий необходимо создавать службу, вызывающую доверие студентов, поощрять молодых людей материальными средствами за приверженность здоровому образу жизни.

### Литература

1. Горбенко П.П. Человеческий капитал и здоровье / П.П. Горбенко // Новые Санкт-Петербургские ведомости. - №1. - 2007. - С.81-82.
2. Блинова Е. Г. Образ жизни и состояние здоровья студентов / Е. Г. Блинова, В. П. Межов, Г. С. Дублей и др. // Педагогические и медицинские проблемы валеологии: сб. тр. международной конф. - Новосибирск: Изд-во НГПУ, 1999. - С. 39-40.
3. Назарова Е. И. Здоровый образ жизни и его составляющие / Е. И. Назарова, Ю. Д. Жиров. М.: Академия, 2006. - 286 с.

\*\*\*

### ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОРИТ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

*Бабаев С.Ю., Журавлев Р.В., Митрофанова Н.Н.*

*г. Пенза, Россия*

*ГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»,*

*Медицинский институт*

*Кафедра микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней*

Научный руководитель:

Мельников В.Л. - д.м.н., доцент

Больница – это относительно замкнутая экосистема, в которой находятся пациенты и постоянно общающийся с ними персонал, что наряду с искусственным механизмом передачи инфекции способствует активации воздушно-капельного и контактно-бытового путей ее передачи. Не всегда обоснованное назначение антибиотиков, особенно широкого спектра действия, ведет к формированию множественной лекарственной устойчивости у микроорганизмов, циркулирующих в отделении. Формированию и распространению госпитальных штаммов способствуют дефекты в организации дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, нарушения технологических потоков и некачественный клининг больничной среды[1].

В самом крупном за последние годы однодневном эпидемиологическом исследовании EPIC II, включившем более 14 000 пациентов из 76 стран по всему миру, частота инфекций среди пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии (далее ОРИТ) составила 50,9% (в России – 58%)[2].

**Цель исследования.** Анализ эколого-эпидемиологических особенностей возбудителей нозокомиальных инфекций в отделении реанимации.

**Материалы и методы исследования.** Исследовано 104 пациента, в возрасте от 40 до 74 лет отделения реанимации многопрофильного стационара. Материалом исследования являлись мазки их трахеи, ран, пролежней, смывы с дренажа. Выделе-

ние, идентификацию, определение уровня антибиотикорезистентности микробных культур проводилось по общепринятым методикам в соответствии с официально утверждёнными методическими указаниями. Для анализа ассоциаций выделенных микробных культур использовали коэффициент Жаккарда и коэффициент ассоциативности.

**Результаты и обсуждение.** Выделен широкий спектр микроорганизмов. Преобладающими в микробиологическом пейзаже являлись грамотрицательные микроорганизмы (66,67%). Среди них наиболее часто встречались: *Enterobacter cloacae* (29,41%), *Acinetobacter lwoffii* (17,65%) и *Pseudomonas aeruginosa* (9,8%). Среди грамположительных кокков наибольший удельный вес составили бактерии рода *Enterococcus* (11,77%).

При изучении компонентного профиля инфекций в реанимационном отделении было выяснено, что 88,24% из них являются моноинфекциями и 11,76% двухкомпонентными полиинфекциями. Главным образом они были представлены ассоциациями *Acinetobacter lwoffii* с различными микроорганизмами рода *Enterococcus* и *Corynebacterium*.

Большинство видов микроорганизмов, выделенных от пациентов мониторинга, встречались преимущественно в виде монокультур, а не ассоциаций, т.е. их коэффициент ассоциативности был меньше 50%. В целом по реанимации этот показатель был равен 17,16%.

Из проведенного анализа по экологическому сродству можно сделать вывод, что в ассоциациях *Acinetobacter lwoffii* с микроорганизмами рода *Enterococcus* и *Corynebacterium* существуют антагонистические взаимоотношения, следовательно, они неустойчивы и способны существовать короткое время.

При оценке антибиотикорезистентности микроорганизмов, встречающихся в ОРИТ было обнаружено, что *Acinetobacter lwoffii* наиболее резистентна к цефотаксиму и цефтазидиму. Наибольшая чувствительность наблюдалась к имипенему, меропенему, доксициклину.

Штаммы *Enterobacter cloacae* устойчивы к карбенициллину и ампициллину, цефепиму, цефотаксиму, цефтазидиму. Наибольшая чувствительность наблюдается к имипенему, меропенему, доксициклину.

Для *Pseudomonas aeruginosa* характерно наличие штаммов, полностью резистентных к карбенициллину, а также наблюдается устойчивость к имипенему и меропенему, тобрамицину. Наиболее чувствительны штаммы к цефтазидиму и ципрофлоксацину.

У бактерий рода *Enterococcus* обнаружено наличие полирезистентных штаммов к оксациллину, рокситромицину. Наибольшая чувствительность наблюдается в отношении ванкомицина и линезолида.

Установлены следующие клинико-эпидемиологические особенности нозокомиальных инфекций у пациентов ОРИТ: в демографической структуре ВБИ в реанимационном отделении преобладают мужчины - 51,85%; в возрастной структуре пациентов достоверно преобладающей являлась старшая возрастная группа (более 53 лет), средний возраст пациентов составил 56 лет; в структуре гнойно-септических осложнений (ГСО) у пациентов ОРИТ преобладают гнойные трахеобронхиты (37,04%), двухсторонние пневмонии (18,52%), очаговые пневмонии (7,41%);

основным этиологическим агентом гнойного трахеобронхита являлись представители *Enterobacter cloacae*; двухсторонней пневмонии – *Acinetobacter cloacae*; очаговой пневмонии – *Pseudomonas aeruginosa*.

Длительность госпитализации составила от 5 до 70 дней, в среднем 20 койко - дней, однако продолжительная госпитализации увеличивалась при наличии ГСО. Пик возникновения гнойных осложнений приходится на 8 – 12й день.

Среди сопутствующей патологии преобладают заболевания сердечно - сосудистой системы ИБС (25,93%), атеросклероз (40,74%), гипертоническая болезнь (59,26%) .

Больным проводили различные виды манипуляций: инфузионные (струйное и капельное введение лекарственных средств), ИВЛ, катетеризация, дренирование. Большому проценту больных проводилась трахеостомия (55,56%).

**Выводы.** В этиологической структуре госпитальных инфекций преобладают грамотрицательные микроорганизмы: *Enterobacter cloacae*, *Acinetobacter lwoffii* и *Pseudomonas aeruginosa*, выделенных преимущественно в виде монокультур. Установлено наличие госпитальных ассоциаций, между ассоциантами преобладают антагонистические взаимоотношения.

Для снижения частоты инфекционных осложнений необходимо учитывать механизмы антибиотикорезистентности ведущих возбудителей. Особое внимание должно уделяться резистентности к цефотаксиму и цефтазидиму у ведущего числа микроорганизмов. Для *Pseudomonas aeruginosa* обратить внимание на резистентность к карбенициллину, имипенему и меропенему тобрамицину.

Клинико-эпидемиологическими особенностями нозокомиальных инфекций у пациентов ОРИТ являлись: старшая возрастная группа риска , ведущие ГСО - гнойный трахеобронхит, двухсторонняя пневмония; выше частота хирургических вмешательств и интенсивность АБТ; длительная госпитализация; поздние сроки возникновения; большое число проводимых инвазивных манипуляций.

### Литература

1. Брусина Е.Б., Рычагов И.П. Эпидемиология внутрибольничных гнойно-септических инфекций в хирургии // Монография – Новосибирск: Наука, 2006. – 170 с.
2. Савельев В.С., Генфальд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция (классификация, диагностика, антимикробная терапия). Российские национальные рекомендации // Москва. ООО "Компания Боргес", 2011. – 22 с.

\*\*\*

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЛИМФОЦИТАХ ПРИ ГРИППЕ

**Бабаджян А.М.**

*г. Красноярск, Россия*

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет*

*им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»*

*Минздрава России*

*Кафедра клинической иммунологии,*

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО*

Научные руководители:

Камзалакова Н.И. - д.м.н., профессор,

Сергеева И.В. - к.м.н., доцент

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп являются самыми распространенными вирусными инфекциями человека и представляют собой серьезную медико-социальную проблему. По оценкам ВОЗ гриппоподобными заболеваниями ежегодно в мире болеют до 100 млн. человек [3]. В патогенезе и клиническом течении гриппа существенную роль играют нарушения иммунологического механизма защиты организма человека. Проявление в полном объеме функциональных возможностей лимфоцитов в процессах формирования адекватного иммунного ответа, в том числе и противовирусного, определяется внутриклеточным метаболизмом, который обеспечивается соответствующим уровнем активности ферментов в клетках [1,2].

**Целью** исследований явилась оценка характера и интенсивности метаболических процессов в лимфоцитах больных гриппом по изменениям активности внутриклеточных ферментов в зависимости от тяжести течения болезни.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели определялись энзиматические показатели лимфоцитов 52 больных в возрасте от 18 до 42 лет, с диагнозом «Грипп», который устанавливался в условиях специализированного стационара. Определение активности ферментов производилось в лимфоцитах, выделенных из периферической крови больных гриппом в течение первых суток после поступления на стационарное лечение. Обследованные больные были распределены на 2 группы: перенесшие грипп со среднетяжелым течением и с тяжелым течением заболевания. В качестве контрольных показателей использовались значения активности внутриклеточных ферментов лимфоцитов 37 практически здоровых лиц сопоставимого возраста, полученные нами ранее.

У всех больных в лимфоцитах, выделенных из венозной крови на градиенте плотности фиколюверографина, биolumинесцентным методом с использованием бактериальной люциферазы проводилось определение активности внутриклеточных

ферментов. Определялись следующие энзиматические показатели: активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (ГЗФДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), НАД- и НАДФ-зависимой изоцитратдегидрогеназы (НАДИЦДГ и НАДФИЦДГ), НАД- и НАДФ-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАДГДГ и НАДФГДГ), НАД- и НАДФ-зависимой малатдегидрогеназы (НАДМДГ и НАДФМДГ), а также глутатионредуктазы (ГР). Активность ферментов выражалась в мкЕ на 10000 лимфоцитов.

Полученные в результате исследований данные были обработаны методами статистического анализа, используемыми в биологии и медицине с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0.

**Результаты и обсуждение.** Определявшиеся в исследовании энзиматические показатели свидетельствовали о значительных отличиях внутриклеточных метаболических реакций лимфоцитов больных в разгаре заболевания от соответствующих параметров практически здоровых лиц контрольной группы. Так при среднетяжелом течении гриппа в лимфоцитах больных определялись достоверные, при сравнении с уровнем контроля, отличия активности всех изученных ферментов; однако изменения энзиматических показателей были разнонаправленными. Два фермента, ассоциированных с гликолизом (Г6ФДГ и ГЗФДГ) у больных гриппом были достоверно более активными, чем в контроле: активность Г6ФДГ была равна соответственно  $3,23 \pm 0,62$  и  $2,74 \pm 0,31$  ( $p < 0,05$ ), а ГЗФДГ –  $51,58 \pm 5,92$  и  $0,84 \pm 0,16$  ( $p < 0,001$ ). В то же время, еще один фермент этого цикла – ЛДГ – у больных определялся менее активным, чем у обследованных контрольной группы:  $0,49 \pm 0,08$  и  $0,84 \pm 0,08$  соответственно;  $p < 0,001$ . Показатели в лимфоцитах НАДИЦДГ и НАДФИЦДГ, катализирующие реакции начального этапа цикла трикарбоновых кислот (ЦТК), у больных были ниже, чем в контроле: первый у больных равен  $0,13 \pm 0,02$  при значении у больных равном  $1,95 \pm 0,25$  ( $p < 0,001$ ), а для второго эти значения составили соответственно



0,04±0,01 и 31,02±2,20 ( $p<0,001$ ). Следующие два фермента, связывающие между собой метаболизм аминокислотного обмена и ЦТК – НАДГДГ и НАДФГДГ – были достоверно более активными у больных с легким и среднетяжелым течением ОРВИ. Показатели НАДГДГ у больных и здоровых составили соответственно 58,91±5,49 и 0,34±0,06 ( $p<0,001$ ), а фермента НАДФГДГ – 1,23±0,18 и 0,11±0,02 ( $p<0,001$ ). Метаболические реакции заключительного этапа ЦТК, катализируемые НАД- и НАДФ-малатдегидрогеназой, также определялись на более высоком уровне в лимфоцитах больных. Активность НАДМДГ у них была равна 84,16±13,70 (в контрольной группе – 84,16±13,70;  $p<0,001$ ), а НАДФМДГ – 1,19±0,15 (в контроле – 0,33±0,07;  $p<0,001$ ). Для ГР отмечена более высокая активность в группе больных среднетяжелой формами гриппа: у них она определялась на уровне 5,00±0,25 при величине показателя здоровых равным 1,28±0,30 ( $p<0,001$ ). При тяжелом течении гриппа с последующими осложнениями в лимфоцитах больных определялись во многом подобные, по сравнению с контрольным уровнем, изменения метаболических реакций. Как и в предыдущей группе обследованных, выше, чем в контроле, были активность ферментов ГЗФДГ ( $p<0,001$ ), НАДГДГ ( $p<0,001$ ), НАДФГДГ ( $p<0,001$ ), НАДМДГ ( $p<0,001$ ), НАДФМДГ ( $p<0,001$ ) и ГР ( $p<0,001$ ); а ниже контрольного уровня – НАДИЦДГ ( $p<0,001$ ) и НАДФИЦДГ ( $p<0,001$ ). В

отличие от среднетяжелого течения заболевания, в лимфоцитах больных этой группы не было обнаружено достоверных по сравнению с контролем изменений активности ГбФДГ и ЛДГ.

**Заключение.** Среднетяжелый вариант течения гриппа сопровождается повышением функциональных возможностей лимфоцитов за счет активации ключевого фермента пентозофосфатного пути ГбФДГ. Одновременно с этим отмечается высокий энергетический потенциал внутриклеточного метаболизма лимфоцитов за счет интенсификации в 3-4 раза реакций заключительного этапа ЦТК. Тяжелый вариант течения гриппа развивается на фоне существенного снижения активности ГбФДГ, что влияет на функции лимфоцитов и формирование иммунного ответа. В то же время констатируемый высокий уровень энергопродукции в лимфоцитах больных, отражающий интенсивность реакций ЦТК, сформирует вышеупомянутую «адаптированность» иммунной системы к инфекционному процессу и предупреждает развитие у пациентов этой группы осложнений.

### Литература

1. Бурместер, Г.Р. Наглядная иммунология / Г.Р. Бурместер, А. Пецутто. – М.: БИНОМ, 2007. – 320 с.
2. Дранник, Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 604 с.
3. Малый, В.П. Грипп: пособие для врачей / В.П. Малый, М.Г. Романцов, Т.В. Сологуб. – СПб.; Харьков, 2007. – 108 с.

\*\*\*

## СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Барскова Е.Ю., Герасимчик О.А.**

г. Сургут, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра детских болезней

Научный руководитель:

Гирш Я. В. – д.м.н., профессор

**Актуальность:** Проблема изучения пищевого поведения приобретает самостоятельное значение, ее следует отделить от проблем изучения процесса пищеварения. Нарушения пищевого поведения являются значимыми механизмами, лежащими в основе дебюта ожирения, нарастания и поддержания избытка массы тела.

**Цель исследования.** Оценка пищевого поведения в группах детей и подростков с различной массой тела.

**Материалы и методы.** Исследование проведено с помощью метода сплошной выборки в 2 этапа. Объект исследования: 170 учащихся общеобразовательных школ г. Сургута. На 1 этапе проведена

оценка антропометрических показателей с расчетом индекса массы тела (ИМТ), согласно гендерным и возрастным признакам, с последующим разделением детей (10-12 лет) и подростков (13-14 лет) на 2 группы в зависимости от наличия/отсутствия избыточной массы тела: 1 группа – пациенты с нормальной массой тела, 2 группа – пациенты с избыточной массой тела/ожирением. На 2 этапе проведено анкетирование пациентов с целью оценки типов пищевого поведения. В возрастной группе 10-12 лет использовали анкету опроса самооценки пищевого поведения (Fragebogen zur Erhebung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten (EEV)), в группе 13-14 лет голландский опросник нарушений пищевого

поведения (DEBQ). Исследование проводилось без учета данных анамнеза, наличия или отсутствия хронической соматической, эндокринной патологии.

**Результаты исследования.** В исследовании приняли участие 87 детей со средним возрастом  $11 \pm 1,1$  года и 83 подростка  $14 \pm 0,8$  лет. Оценка пищевого поведения у детей 10-12 лет показала, что в 69% случаев в группе с нормальной массой тела и в 96% в группе с избыточной массой тела/ожирением определены нарушения пищевого поведения ( $p \leq 0,05$ ). В группе детей с нормальной массой тела по показателю внешние мотивы потребления пищи - повышенный уровень выявлен в 8% случаев, выраженные изменения в 15%; эмоциональная обусловленность потребления пищи - повышенный уровень в 44% случаев, выраженные изменения в 15%; ограничение в пище - доля повышенного уровня составила 23%, выраженные изменения 15% случаев. В сравнении в группе детей с повышенной массой тела/ожирением по показателю внешние мотивы потребления пищи - повышенный уровень отмечался также в 8%, выраженные изменения в 12% случаев; эмоциональная обусловленность потребления пищи - повышенный уровень в 12%, выраженные изменения в 19% слу-

чаев. По показателю ограничение в пище отмечается значительное преобладание доли повышенного уровня - 35% и выраженных изменений - 46% случаев ( $p > 0,05$ ).

В группе подростков нарушения пищевого поведения выявлены у 73% пациентов. В группе подростков с нормальной массой тела в 16% встречался ограничительный тип пищевого поведения, эмоциональный тип поведения в 23% случаев, в сравнение с группой детей с избыточной массой тела/ожирением, эмоциональный тип пищевого поведения диагностирован в 15%, экстернальный тип в 31% случаев. У подростков с избыточной массой тела/ожирением преобладало ограничительное поведение (50%), на фоне превалирования экстернального поведения (58%) у подростков с нормальной массой тела ( $p \leq 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, вне зависимости от возраста (10-12 лет и 13-14 лет), для детей и подростков с избыточной массой тела/ожирением характерно преобладание ограничительного типа пищевого поведения, что способствует дальнейшему набору массы тела на фоне эмоциональной нестабильности пациентов.

\*\*\*

### НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

*Бебякина Е.Е., Киреева И.В.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Курс реанимации, интенсивной терапии и экстремальной медицины при кафедре госпитальной хирургии*

Научный руководитель:

Яцинюк Б.Б. - к.м.н., доцент

**АННОТАЦИЯ.** Исследованиями установлены значимые нарушения центральной гемодинамики при алкогольной коме I степени, анализ которых позволяет оптимизировать схему интенсивной терапии пациентов.

*Summary. The Studies are installed significant breaches of central hemodynamics under alcoholic coma I degree, which analysis allows to optimize the scheme intensive therapy patient.*

**Введение.** Алкогольная болезнь является одной из основных проблем в психиатрии и наркологии [6,15], токсикологии [7]. Как острое отравление, так и длительное употребление алкоголя приводит к поражению различных органов и систем организма. В классификации по «избирательной токсичности» [8] алкоголь относят к ядам, обладающим преимущественным поражением центральной нерв-

ной системы. При остром отравлении алкоголем так же нарушается гемодинамика и вентиляционная функция легких [2].

Острое отравление алкоголем и алкогольный делирий требует немедленного применения многокомпонентной интенсивной терапии в связи с опасностью развития осложнений.

Несмотря на многочисленность работ по данным направлениям [1,7,16] в настоящий момент отсутствует анализ сравнительной характеристики нарушений центральной гемодинамики у больных с острым отравлением алкоголем. Выраженность нарушений параметров центральной гемодинамики, вентиляционной функции легких и мозгового кровотока являются определяющими в выживании при данной форме химической болезни [14].

Изучение состояния центральной гемодинамики у больных с острым отравлением алкоголем

и разработка компонентной неотложной патогенетически направленной терапии на основании выявленных нарушений является целью настоящего исследования.

**Материалы и методы исследования.** Общая характеристика клинического материала. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с алкогольной комой I степени. Острая алкогольная интоксикация анализировалась у мужчин от 17 до 37 лет, средний возраст составил  $21,8 \pm 2$ . Средняя экспозиция принятого алкоголя до поступления в клинику составила около 2 часов.

Метод тетраполярной реоплетизмографии. На возможность использования метода в токсикологической реанимации при проведении методов хирургической детоксикации указывается в ряде работ [4,13]. Исследования проводили с помощью тетраполярного реоплетизмографа РПГ2-02. В качестве регистратора использовали хирургический монитор МХ-01. Одновременно с записью реоплетизмограммы (реограмма и ее первая производная) записывали кинетокардиограмму. Регистрировали 6-8 периодов так, чтобы за время записи наблюдался полный дыхательный цикл.

По общепринятым формулам [11,12] рассчитывали: САД - среднее артериальное давление; УИ - ударный индекс, в мл/м; СИ - сердечный индекс, в л/(мин/м<sup>2</sup>); УПС - удельное периферическое сопротивление, дин·с·см<sup>-5</sup>/м<sup>2</sup>; ОПСС – общее периферическое сопротивление сосудов, дин·с·см<sup>-5</sup>; W - мощность левого желудочка в ваттах; ДНЛЖ и КДДЛЖ рассчитывали по формулам, предложенным А. С. Мелентьевым [10]; ДНЛЖ - давление наполнения левого желудочка, в мм рт. ст.; КДДЛЖ - конечное диастолическое давление в левом желудочке, в мм рт. ст.

Статистические методы исследования. Для обработки результатов использовали методы вариационной статистики с определением средней арифметической (M), ее ошибки (m) и достоверности различий между средними и относительными величинами по критерию Стьюдента (t) [5] с использованием IBM-совместимого персонального компьютера программы Excel 7,0.

**Результаты и обсуждение.** Исследования центральной гемодинамики выполнено у 52 больных с алкогольной комой I степени при их поступлении в отделение и представлено в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что артериальное давление систолическое, диастолическое и среднее у больных с алкогольной комой I степени оказалось ниже контрольного уровня, а центральное венозное давление повышалось. За счет нормальных значений частоты сердечных сокращений организм стремился поддержать минутный объем сердца, ударный и сердечный индекс. За счет повышения венозного возврата повышалось давление наполнения и конечное диастолическое давление в левом желудочке, следст-

ствием чего явилось уменьшение начальной скорости повышения внутрижелудочкового давления и объемной скорости выброса. Действие алкогольная и тяжелое состояние пациента приводило к снижению не только скорости сокращения, но и скорости расслабления левого желудочка, что может быть обусловлено, по меньшей мере, двумя факторами: нарушение биоэнергетики сердца (об этом свидетельствует снижение мощности левого желудочка) и повреждением Са-насоса сарколеммы и саркоплазматического ретикула, ответственного за диастолическое расслабление миокарда.

Таким образом, при анализе исследуемой группы больных выявлены изменения центральной гемодинамики, фазовой структуры систолы левого желудочка, что в известной степени может свидетельствовать о тропности этилового алкоголя и нарушении биоэнергетических процессов в миокарде.

Таблица 1.

**Показатели центральной гемодинамики у больных с алкогольной комой I степени на этапе поступления в клинику (M±m)**

Показатели	Контрольная группа (n=15)	Исследуемая группа больных с алкогольной комой I степени (n=25)
1	2	3
Артериальное давление систолическое, мм рт.ст.	123,3±2,7	110,2±2,7*
Артериальное давление диастолическое, мм рт.ст.	76,0±1,6	68,8±3,6*
Среднее артериальное давление, мм рт.ст.	95,9±1,8	86,2±2,7*
Центральное венозное давление, см. вод. ст.	8,0±0,2	12,0±0,3*
Частота сердечных сокращений, мин <sup>-1</sup>	76±4	66±0,6*
Минутный объем сердца, л	7,0±1,6	7,7±1,0
Ударный индекс, мл/м <sup>2</sup>	53,3±4,9	61,0±6,5
Сердечный индекс, л/(мин/м <sup>2</sup> )	3,9±0,5	4,0±0,4
Удельное периферическое сопротивление, дин·с·см <sup>-5</sup> /м <sup>2</sup>	716±83	591±54
Общее периферическое сопротивление сосудов, дин/с/см <sup>5</sup>	1251±132	1085±93
Объемная скорость выброса, мл/с	319,1±25,6	288,4±10,7
Конечное диастолическое давление ЛЖ, мм рт.ст.	17,6±1,2	42,2±4,5*
Давление наполнения ЛЖ, мм рт.ст.	19,4±1,3	46,8±5,0*
Начальная скорость повышения внутрижелудочкового давления (Vi), мм рт.ст./с	1891±105	1775±69
Скорость расслабления ЛЖ, мм рт. ст./с	2849±112	1825±114*
Мощность ЛЖ (W), вт	4,1±0,3	3,9±0,3

Примечание. \* - достоверность различий по отношению к контролю (p<0,05).



**Выводы.** Комплексное исследование центральной гемодинамики у пациентов с алкогольной комой I степени позволяют оптимизировать схему интенсивной гемодинамической терапии.

### Литература

1. Ботиенко Ю.Ю. Острые отравления алкоголем и его суррогатами / Ю.Ю. Ботиенко, Г.А. Ливанов, Е.Ю. Ботиенко и др. – СПб: Изд-во «Лань», 2000. – 112 с.
2. Зильбер А.П. Респираторная медицина. – Т.2. Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1996. – 488 с.
3. Карпман В.Л. Фазовый анализ сердечной деятельности / В.Л. Карпман. – М. Медицина. 1965. – 274 с.
4. Костомарова Л.Г. Комплексная оценка нарушений гемодинамики в клинической токсикологии / Л.Г. Костомарова, А.А. Цветков // Терапевт. архив. 1981. – № 4, с. 381.
5. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учеб. пособие / Г.Ф. Лакин.- М.: Высшая школа, -1980. - 293 с.
6. Леонтьев И.Л. О состоянии наркологической службы Свердловской области и путях ее совершенствования / И.Л. Леонтьев, С.И. Богданов, О.В. Забродин, О.В. Сердюк. – Екатеринбург: ООО «Фирма Артикул», 2003. – С. 11.
7. Лужников Е.А., Гольдфарб Ю.С., Марупов А.М. Эндотоксикоз при острых экзогенных отравлениях. – М.: БИНОМ. – 2008. – 200 с.
8. Лужников Е.А. Клиническая токсикология. М: Медицина; 1999.
9. Меледин В.Ю. Оптимизация компонентов интенсивной терапии нарушений кардио и гемодинамики у больных с острыми отравлениями амитриптилином / В.Ю. Меледин, В.Г. Сенцов, К.М. Брусин // Анестезиология и реаниматология. – 1995. - № 3. – С. 23-25.
10. Мелентьев А.С. Неинвазивный комплексный метод исследования сократительной функции сердца / А.С. Мелентьев // Кардиология. - 1981, Т. 21, - № 3, - С. 87-92.
11. Оранский Н.Е. Акселерационная кинетокардиография / Н.Е.Оранский - М., 1973(1977), 100 с.
12. Осадчий Л.И. Рефлекторные реакции системного сосудистого тонуса при изменениях кровоснабжения гемодинамически изолированного сердца / Л.И. Осадчий, Т.В. Балуева // Физиол. журн. СССР, 1969. - № 1, - С. 47-50.
13. Руднов В.А. Метод тетраполярной реографии в практике работы отделения реанимации / В.А. Руднов, Н.С. Давыдова // Новые методы диагностики и лечения неотложных состояний в городской клинической больнице скорой медицинской помощи: Тез. докл. годичной науч. конф. Свердловск, 1986. – С. 75-76.
14. Сенцов В.Г. Состояние системы кровообращения при стабилизации крови цитратом натрия при проведении гемосорбции у больных с острыми отравлениями / В.Г. Сенцов, А.В. Назаров // Анестезиология и реаниматология. – 1995. - № 3. – С. 68-72.
15. Жиров И.В. Алкоголь и сердечная недостаточность. Часть I. Алкоголь как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний / И.В. Жиров // Сердечная недостаточность. 2002, № 5. – С. 252-255.
16. Яцинюк Б.Б. Состояния после длительного употребления алкоголя как патогенетически обоснованный диагноз / Б.Б. Яцинюк, А.И. Васильев, И.Я. Ирлицина, С.К. Яцинюк // Алкогольная болезнь. 2001, № 11. – С. 7-8.

\*\*\*

### КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

**Белоус М.В.**

г. Сургут, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра патологической физиологии и общей патологии

Научный руководитель:

Наумова Л.А. - д.м.н., профессор

*«Но этого (целого) как раз и не замечают греческие врачи,  
и только поэтому от них скрыто столько болезней, они никогда не видят целого.*

*Целому они должны были бы посвящать свои заботы,  
ибо там, где страдает все целое, не могут быть здоровы части»*

Платон

**Актуальность.** Коморбидность – это сосуществование двух или более синдромов или заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени [1].

Термин «коморбидность» (comorbidity) был впервые предложен Alvanom Feinsteinom-выдающимся американским врачом в 1970 г. Он вкладывал в это понятие представление о дополнительной клинической картине, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего

заболевания и всегда отличается от него [2].

Изучение коморбидного фона важно для понимания возможной патогенетической связи между сопутствующими заболеваниями, целостного видения патологического процесса и правильного патогенетического лечения.

Если говорить о коморбидности в гастроэнтерологии, то патология желудка наиболее часто сочетается с другими заболеваниями, в частности, хронический гастрит в большинстве случаев не является мононозологией - уже у молодых пациентов

он сочетается с двумя и более заболеваниями и представляет собой одно из проявлений полипатологии.

В этом контексте интересен коморбидный фон при раке желудка.

Биологическая сущность рака не позволяет рассматривать его как локальный процесс без учета состояния организма в целом. В этом аспекте маркерами могут стать характер сопутствующей патологии (коморбидный фон) и особенно системный характер заболевания. Говоря о раке желудка (РЖ), мы говорим о канцерогенезе в пограничных эпителиях, строение и функционирование которых базируются на сосудисто – эпителио – стромальных отношениях, нарушение которых, теоретически, должно иметь клинические проявления [3].

В структуре онкологической заболеваемости населения России, у мужчин РЖ составляет 35,4%, у женщин — 25,8%. В структуре смертности от всех злокачественных новообразований он занимает 2 – е место.

**Цель:** Оценить характер фоновой патологии при раке желудка для выявления возможных клинических маркеров онкологического риска.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории заболевания 59 больных с РЖ (39 мужчин, 20 женщин, средний возраст  $58,2 \pm 10,0$  лет), из числа которых 27 пациентов с аденокарциномой (АК) составили 1-ю группу, 14 больных с перстневидноклеточным раком (ПКР) составили 2-ю группу и 18 со смешанным раком (СРЖ) - третью группу.

**Полученные результаты.** Анализ сопутствующей патологии в рассматриваемых группах показал, что гастритический анамнез, прежде всего, хронической атрофической гастрит (ХАГ) и хроническая язва имеют место в каждой группе, однако чаще встречались при АК: ХАГ – в 37 %, хроническая язва – в 30% случаев, при этом статистически значимые различия по частоте ХАГ наблюдались между 1-й и 2-й группами, по частоте хронической язвы между 1-й и 3-й группами ( $p < 0,05$ ). Сопутствующие заболевания гепато – панкреато -дуоденальной системы отмечены более чем у половины больных каждой группы: при АК – в 51%, при ПКР - в 71%, при СРЖ - в 73% случаев ( $p_{1-3} < 0,05$ ;  $p_{2-3} < 0,05$ ). Высокая частота сопутствующей патологии сердечно - сосудистой системы отмечена во всех группах: при АК - 78%, при ПКР - 67%, СРЖ - 89% случаев, во всех группах преобладала частота артериальной гипертензии.

Заболевания дыхательной системы, в частности бронхит курильщика, преобладал при АК - 67% случаев ( $p_{1-2} < 0,05$ ;  $p_{1-3} < 0,05$ ). По частоте сопутствующих заболеваний мочеполовой системы статистически значимых различий между группами не наблюдалось, при АК они составили 19%, при ПКР - 7%, при СРЖ - 28% случаев, что совпадает с литературными данными о высокой частоте сочетанной патологии слизистых мочевыводящих путей и желудка. Полинеоплазии встречались во всех группах и составили в среднем 15%. У двух больных 3-й группы (СРЖ) отмечены сопутствующие заболевания с аутоиммунным механизмом – аутоиммунный тиреоидит и рассеянный склероз.

**Выводы.** Оценив характер коморбидного фона при раке желудка можно сказать, что среди пациентов с раком желудка преобладают больные с полипатологией, носящей в большинстве случаев системный характер. В частности при АК чаще встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта, среди которых преобладают хроническая язва и хронический гастрит. Полинеоплазии примерно одинаково часто отмечены во всех группах. Заболевания гепато-панкреато-дуоденальной системы чаще встречались при СРЖ, заболевания сердечно-сосудистой – более чем в половине случаев в каждой из групп. Заболевания дыхательной системы, преимущественно бронхит курильщика, преобладали у больных АК. Характер сопутствующей патологии служит важным клиническим маркером при формировании групп риска по развитию рака желудка, особенно у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, и поражениями пограничных эпителиев других локализаций.

### Литература

1. Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В., Ларин В.В., Климентов М.Н., Чернышева Т.Е. Роль коморбидной патологии в хирургии // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 7 – стр. 138-140
2. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать // Врач скорой помощи, 2011.-N 7.-С.4-14
3. Наумова Л.А., Пушкарев С.В., Шаталов В.Г., Пресман М.Л. Коморбидность при раке желудка // Инновации в онкологической практике: Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием, июнь 2011. С.352-353.
4. Коморбидность.  
<http://therapy.irkutsk.ru/edcomorbid.htm>

\*\*\*

**ОСОБЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ АССОЦИИРОВАННОСТИ С СИСТЕМНОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Гамзатова З.А., Киселева Е.Г.*

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт*

*Кафедра патологической физиологии и общей патологии*

Научный руководитель:

Наумова Л.А. - д.м.н., профессор

**Актуальность.** Каждый год в России диагностируется более 50 тыс. новых случаев рака желудка (РЖ) и около 45 тыс. больных умирают от этого заболевания. РЖ является одной из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных злокачественных опухолей, так как скрытый период при РЖ весьма длительный - от 10 мес. до 5 лет [3]. В его развитии играет роль сочетание целого ряда экзо- и эндогенных факторов, особая роль отводится клеточному обновлению слизистой оболочки, которое во многом определяется эпителио-стромальными взаимоотношениями. Важнейшей составляющей которых является соединительная ткань (СТ). Среди многочисленных взаимосвязанных функций СТ особого внимания заслуживают морфогенетическая, проявляющаяся в регулирующем влиянии компонентов СТ на пролиферацию и дифференцировку клеток различных тканей как в эмбрио-, так и постнатальном онтогенезе, и пластическая, выражающаяся в регенерации поврежденных тканей [1].

Дисплазия СТ – нарушение развития СТ в эмбриональном и постнатальном периодах, характеризующееся дефектами волокнистых структур и

основного вещества межклеточного, или ЭЦМ, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений внутренних и локомоторных органов с прогрессивным течением. Известно, что пациенты с дисплазией соединительной ткани имеют разнообразную висцеропатологию, в том числе феномен атрофической гастропатии, вероятно, обусловленной нарушениями формирования СОЖ в эмбриональном и постнатальном периоде[2].

Теории желудочного канцерогенеза (рис.1):

1) ступенчатая теория Correa, согласно которой развитие рака кишечного типа происходит постепенно – хронический атрофический гастрит – кишечная метаплазия – дисплазия – рак; 2) развитие рака диффузного типа ассоциируется с поражением системы соединительной ткани: повреждаются могут как клеточные элементы, так и экстрацеллюлярный матрикс, что в результате приводит к нарушению дифференцировки клеток и развитию рака.

В связи с изложенным интересно рассмотреть особенности РЖ при ассоциированности его с системной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (ДСТ).



Рис.1. Теории желудочного канцерогенеза



## СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЕ НАУКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

**Цель:** изучить особенности рака желудка у пациентов с системной недифференцированной дисплазией соединительной ткани для оценки ее

возможного влияния на желудочный канцерогенез. Дизайн исследования представлен на рис.2

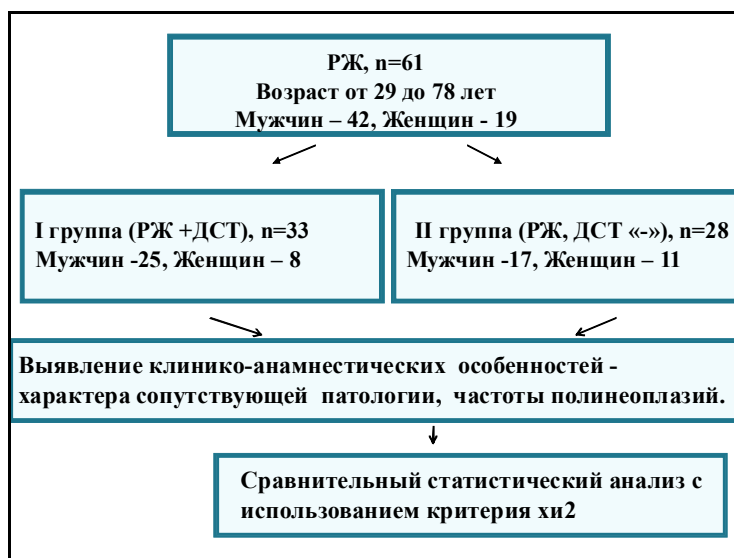


Рис.2 Дизайн исследования

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный статистический анализ клиничко-анамнестических данных с использованием критерия  $\chi^2$ -критерий у 61 больного РЖ в возрасте 29 - 78 лет, из числа которых 33 пациента с висцеральными признаками ДСТ составили 1-ю группу, 28 больных без признаков ДСТ - вторую.

**Результаты.** Группы не различались по структуре гистотипов РЖ: аденокарцинома (АК) в 1-й группе отмечена в 49%, во 2-й - в 46% случаев, перстневидноклеточный рак (ПКР) соответственно в 24 и 18%, смешанный рак, представленный АК и перстневидными клетками - в 27 и 36% случаев. Среди всех

случаев с РЖ признаки ДСТ чаще встречались у больных с АК (66%) и ПКР (62%).

По частоте признаков ДСТ преобладала стигматизация мочеполовой системы (54,5%) и желудочно-кишечного тракта (39,4%), по характеру стигм - кистообразование в различных (почки, печень, яичники и др.) органах (72,7% случаев) с преобладанием в почках - 48.5% случаев, из числа которых у 2-х больных имели место метакронные опухоли почек.

Структура стигматизации систем представлена на рис.3.

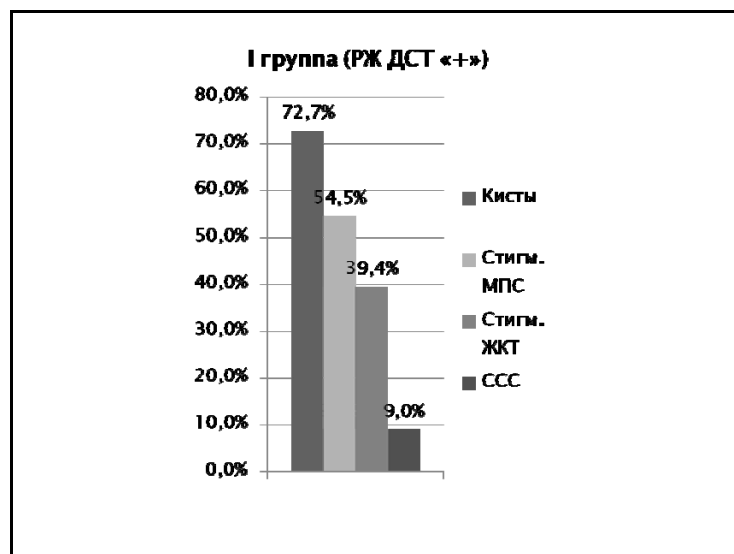


Рис.3. Структура стигматизации систем

Первую группу отличали: в 3 раза большая доля больных в возрасте до 40 лет (12,1 и 3,6% соответственно); высокая частота гастритического (хронический гастрит, язвенная болезнь) анамнеза (69,7 и 35,7%,  $p < 0,01$ ) и, в частности, хронической язвы (27,3%, во 2-й группе - 10,7%); в целом среди больных с РЖ хроническая язва чаще имела место при АК (27,6%). Среди сопутствующей патологии в обеих группах отмечена высокая частота заболеваний сердечно-сосудистой системы и гепато-панкреато-дуоденальной зоны, в 1-й – также заболеваний мочеполовой системы (30%). Полинеоплазии имели место по группам - в 15 и 14,3% случаев.

**Выводы.** Учитывая пластическую, морфогенетическую и защитную функции соединительной ткани в норме, особенности эпителио-стромальных отношений, экстрацеллюлярного матрикса, местного

иммунитета и репаративных процессов в слизистой оболочке желудка при ДСТ, нельзя исключить влияния последней на желудочный канцерогенез, что требует продолжения исследования.

### Литература

1. Наумова Л.А., Пушкарев С.В. Соединительная ткань как система: отдельные клинические аспекты // Вестник СурГУ. Серия Медицина. 2009, №3. с.45-56
2. Наумова Л.А., Саблина О.Ф., Чичагова Е.Е. Особенности клинических и структурных проявлений атрофического процесса в слизистой оболочке желудка при соединительной ткани. // НовГУ. Серия Медицина. 2012. №66 с. 83-87
3. Писарева Л.Ф., Бояркина А.П., Ушакова И.В. Рак желудка в регионе Сибири и Дальнего Востока. // Сибирский онкологический журнал. 2009. №3 с. 36-43

\*\*\*

## ОСОБЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Гоголева О.А., Трепалюк А.И., Митрофанова Н.Н.*

*г. Пенза, Россия*

*ГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»,  
Медицинский институт*

*Кафедра микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней*

Научный руководитель:

Мельников В.Л. - д.м.н., доцент

**Актуальность проблемы.** Вирусные гепатиты с парентеральной передачей возбудителей остаются серьезной медицинской и социальной проблемой [1]. Их актуальность определяется повсеместным распространением, стабильно высоким уровнем заболеваемости среди трудоспособного населения, увеличением среднетяжелых и тяжелых форм инфекции, наличием ежегодно регистрируемых вспышек [2].

Для Пензенской области с 2000 по 2010 год характерна тенденция к снижению заболеваемости острыми формами парентеральных вирусных гепатитов.

Заболеваемость острым вирусным гепатитом В населения Пензенской области за 2011 год составила 1,3 на 100 тыс. населения и по сравнению с 2010 годом отмечается рост на 8,3 %.

Заболеваемость острым вирусным гепатитом С увеличилась на 0,789 и составила 1,7 на 100 тыс. населения (2010 г. – 0,95) [3].

**Цель исследования:** изучить основные клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости различными формами вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи на основе стати-

стического анализа материалов инфекционной клиники.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели было выполнено клинико-эпидемиологическое исследование, которое включало 210 историй болезни за 2011 год и 314 - за 2012 год в возрасте от 3 до 78 лет с клиническими проявлениями ВГ, госпитализированных в ПОЦ специализированных видов медицинской помощи. Материалом для анализа были клинико-лабораторные данные и данные лабораторной диагностики биохимических изменений внутренней среды организма рутинными методами.

**Результаты собственных исследований и их обсуждение.** Анализ динамики структуры больных вирусными гепатитами, госпитализированных в ПОЦ специализированных видов медицинской помощи, выявил значительное преобладание числа больных: за 2011 год с гепатитом С – 196 инфицированных (хроническим гепатитом С (ХГС) – 96,9%, острым гепатитом С (ОГС) – 3,1%), 14 – гепатитом В (хроническим гепатитом В (ХГВ) – 92,8%, острым гепатитом В (ОГВ) – 7,2%) за 2011 год; за 2012 год с гепатитом С – 290 инфицированных (ХГС-95,4%, ОГС – 4,6%),

26-гепатитом В (ХГВ – 94,2%, ОГВ – 5,8%).

При исследовании показателей заболеваемости всех форм гепатитов В, С по возрастным группам наблюдается неравномерное распределение. Наиболее интенсивно при гепатите В вовлечены в эпидемиологический процесс возрастные группы 41-50 лет (34%), при гепатите С лидируют молодые люди в возрасте 21-30 лет (41,6%). Обращает на себя внимание то, что среди всех стационарных больных в этот период более трети (40,4%) были пациенты в возрасте 21-30 лет. Суммарно подростки и лица в возрасте до 30 лет составили 44,3% всех больных ГВ и ГС.

Среди всех форм вирусных гепатитов преобладающим является хронический вирусный гепатит С, который составляет около 89% всех нозологий.

Среди больных вирусными гепатитами преобладали лица молодого возраста (67%). Микстинфекция (хронический ГС+ГВ), зарегистрированная в 3% случаев.

Наркологические заболевания выявлены у 9% пациентов, страдающих ВГВ и у 21,3% - гепатитом С.

Таким образом, среди стационарных больных вирусными гепатитами преобладали лица молодого возраста. Наркологические заболевания чаще выявляли у больных в возрасте 21-30 лет.

Среди установленных путей передачи вирусных гепатитов уверенно доминирует половой путь передачи, который составил 42,8% случаев заражения вирусным гепатитом В и 24,9% случаев – вирусным гепатитом С. При хирургических операциях и гематотранфузиях заражение гепатитом В произошло у 28,4% пациентов. К факторам риска заражения гепатитом В относится инъекционное употребление наркотиков, что составляет 14,2%. На втором месте среди путей передачи гепатитом С находятся гематотранфузии (14,8%). Одинаковое процентное соотношение инфицированных больных замечено при употреблении наркотиков внутривенно (10,7%), при получении стоматологических услуг (10,7%) и пользовании услугами тату-салона (10,7%).

Проведенный анализ подтвердил, что основными потенциальными факторами риска заражения были незащищенные половые контакты и употребление инъекционных наркотиков.

При анализе заболеваемости среди городского и сельского населения выявлено преобладание горожан – 84,8%, из них лидирующую позицию занимали жители г.Пензы – 67,4%, г.Кузнецка – 4,2%, г.Никольска – 3,9, сельское население составило 15,2%,

Анализ проявлений эпидемиологического процесса выявил показатели заболеваемости в различных социальных группах:

а) гепатит С среди неработающего населения составляет 51,5%, среди рабочих - 7,1%, с/х работни-

ков - 6,6% и служащих - 34,7%, среди которых мед. персонал - 6,6%, преподаватели - 3%, др. профессии - 25%;

б) доля гепатита В среди неработающего населения составляет 57,1%, среди рабочих - 14,3%, и служащих - 28,5%, среди которых мед. персонал - 7,1%, др. профессии - 21,4%;

Для оценки клинического значения гемоконтактных вирусных гепатитов проанализировали клиничко-лабораторные проявления ГВ и ГС.

У большинства больных парентеральными вирусными гепатитами (98%) диагностировали среднетяжелую форму заболевания.

При парентеральных вирусных гепатитах наблюдались типичные клинические проявления заболевания, среди которых преобладали следующие симптомы (таблица 1).

Таблица 1.

**Частота основных клинических симптомов у больных гепатитами В и С:**

Клинические симптомы	Гепатит В	Гепатит С
1	2	3
Потеря аппетита	97%	95%
Слабость, быстрая утомляемость	89%	88%
Боли в суставах и мышцах	87%	80%
Повышение температуры тела	80%	68%
Головная боль	63%	-
Нарушение цикла сон-бодрствование	48%	30%
Горечь во рту	23%	57%
Рвота	13%	13%
Увеличение печени	-	77%
Кожный зуд	-	50%
Увеличение в размерах живота	-	42%

Следует отметить, что 26% больных были выписаны досрочно за нарушение режима или за самовольный уход из больницы, что характеризует больных, как слабо мотивированных на лечение.

ХВГ протекал преимущественно в стертой малосимптомной форме с незначительными отклонениями от нормы биохимических показателей, характеризующих функции печени (повышение уровня АЛТ – 94%, АСТ – 87%, общего билирубина – 76%, креатинина – 45%).

**Выводы:**

1. Наиболее частым фактором риска инфицирования больных вирусами гепатитов В и С являются незащищенные половые акты (42,8%) и инъекционное употребление наркотиков (14,2%).

2. Пациенты в возрасте от 23 до 41 года являются основным контингентом больных хроническими вирусными инфекциями (67%).

3. У больных хроническими вирусными инфекциями имеют место микстинфекция вирусами гепатитов С+В отмечается в 3% случаев.

4. Хронические гепатиты С и В имеют пре-



имущественно стертое малосимптомное течение с незначительным нарушением функции печени (84%).

5. Большинство больных вирусными гепатитами относятся к социально неадаптированным группам населения (55%).

### Литература

1. Коломиец Н.Д., Светогор Т.Н., Тонко О.Н. и др. Распространенность HBV среди совместно проживающих в очагах // Сборник научных трудов «Современные проблемы инфекционной патологии человека». Выпуск 2. Минск, «ФУАинформ», 2009. С. 90-93.
2. Арзеева А.Н., Варламова Г.Ф., Бирюков М.Ю. Мониторинг заболеваемости ВГА среди отдельных групп населения и объектов внешней среды в одном из промышленных городов Нижегородской области // Вестник Российской военно-медицинской академии. №2 (22), приложение, часть II. Теоретические основы эпидемиологии. Современные эпидемиологические и профилактические аспекты инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний. Труды Всероссийской научной конференции. Санкт-Петербург, 17-18 апреля 2008 года. С. 425-426.
3. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Пензенской области в 2011 году» - Пенза, 2012 – 341 с.

\*\*\*

## СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ

**Кильдимова А.В.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Курс реанимации, интенсивной терапии и экстремальной медицины при кафедре госпитальной хирургии*

Научный руководитель:

Яцинюк Б.Б. - к.м.н., доцент

**Введение.** Анализ литературы, отражающий эпидемиологические данные, состояние и перспективы работы психиатрической службы в области алкогольной болезни, показывает, что в большинстве стран мира алкоголизм встречается в настоящее время значительно чаще других наркологических заболеваний [11;10]. Уровень заболеваемости и распространенность алкоголизма зависят от взаимодействия целого ряда социально-психологических [3;11] и биологических факторов [8;12], относительная значимость которых существенно меняется в зависимости от территории, национальности и периодов развития общества [9;11]. За последнее десятилетие XX века потребление алкогольных напитков среди населения находится на предельно критическом уровне [14;8]. Распространенность алкоголизма (включая алкогольные психозы - АП) в 1999-2003гг. по стране в целом имела стабильно высокий уровень, и лишь в последние два года этот показатель проявил слабо выраженную тенденцию к росту [14]. Алкогольные психозы развиваются у 6-15 % больных, страдающих алкоголизмом II-III стадий, и могут иметь острое, затяжное и хроническое течение. Обычно алкогольные психозы развиваются у больных в возрасте от 40 до 50 лет, но в последние десятилетия отмечается нарастание их частоты, особенно за счёт лиц более молодого и более пожилого возраста. Наиболее часто (71-91% всех АП) встречаются алкогольные делирии (белая горячка). Данный психоз обычно развивается в первые дни после внезапного прекращения или снижения приема обычных доз

этанола [4].

**Целью** нашего исследования явилась оценка динамики психического статуса у пациентов с алкогольной болезнью, осложненной абстинентным синдромом с делирием. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи: оценка психического статуса у пациентов с алкогольной болезнью, осложненной абстинентным синдромом с делирием средней и тяжелой степени; сравнение психического статуса пациентов с алкогольной болезнью, осложненной абстинентным синдромом с делирием средней и тяжелой степени; разработка принципов дифференциальной диагностики острого интоксикационного психоза (для улучшения оказания помощи и тактики ведения больных с данной патологией).

**Материалы и методы.** Набор и анализ клинического материала проспективного исследования проводился на базе Ханты-Мансийского клинического психоневрологического диспансера в 2010-2012 гг. В исследование были включены 40 больных в возрасте 30-45 лет с неосложненным соматическим фоном, длительно употребляющих алкоголь. В группу исследуемых больных входили лица, ежедневно употреблявшие алкогольные напитки (водка, коньяк, пиво - их комбинации) в течение 2-3 недель. Выставление диагноза проводилось по МКБ 10 пересмотра (F10 – F19. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные (вызванные) с употреблением психоактивных веществ - F10 алкоголя). Диагностика нарушений вегетативных функций проводилась по

## СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЕ НАУКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

Л.Г. Гофману (1988г.). Диагностика психических нарушений была основана на рекомендациях А.А. Чуркина (1999г.) по использованию МКБ-1- в психиатрии и наркологии. Схема диагноза [14] /Fх.4/Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием. Диагностические критерии: А. измененное сознание; общее расстройство познания; психомоторные расстройства. В. Имеется в виду delirium tremens, как вариант состояния отмены у лиц с сильной зависимостью от алкоголя, употреблявших его длительное время. С. Классическая триада: 1. Спутанность, помрачение сознания 2. Яркие иллюзии, галлюцинации любой сферы чувств 3. Выраженный тремор. D. Обычно сопровождается: 1. Бредом 2. Ажитацией 3. Отсутствием сна или инверсией цикла сна 4. Нейро-вегетативными расстройствами.

В I группу (n=20) вошли больные с алкогольным абстинентным синдромом с делирием средней степени тяжести, во II группу (n=20) – больные с алкогольным абстинентным синдромом с делирием тяжелой степени.

**Результаты работы и обсуждения.** В начале представления нашего материала, учитывая специфичность клинических проявлений, необхо-

димо представить дефиниции некоторых понятий, используемых в психиатрии и наркологии и встречающихся у больных соматического стационара.

Острый интоксикационный психоз - это острые и затяжные галлюцинаторные и бредовые расстройства психики, возникающие в связи с употреблением спиртных напитков, и алкогольные энцефалопатии, сопровождающиеся грубыми расстройствами мнестических и интеллектуальных функций, а также патологическое опьянение. Алкогольный абстинентный синдром (abstinentia — воздержание) – синдром физических и/или психических расстройств, развивающийся у пьющих людей спустя некоторое время после прекращения приёма алкоголя или уменьшения дозы. Делирий алкогольный (d. alcoholicum; син.: белая горячка, delirium tremens, тремомания) - острый алкогольный психоз, протекающий в форме делирия, сопровождающегося аффектом страха, крупноразмашистым тремором, атаксией, потливостью, тахикардией, колебаниями артериального давления, мышечной гипотонией, гиперрефлексией, а также субфебрильной температурой и нарушениями водно-солевого обмена.

Таблица 1.

**Сравнительная характеристика абстинентного синдрома, осложненного делирием средней и тяжелой степени**

Критерий оценки	Абстинентный синдром с делирием средней степени	Абстинентный синдром с делирием тяжелой степени
1	2	3
Начало после последнего приема алкоголя	6-8 ч	1,5-3 ч
Длительность абстиненции	3-5 суток	6 суток и более
Длительность пребывания на реанимационной койке	1-2 суток	2-4 суток и более
Структура нарушений психического статуса	сознание	помрачено
	галлюцинации	Сценopodobные слуховые и зрительные галлюцинации
	контакт	продуктивный в реале галлюцинаций
	мимика	Чаще живая
	Адекватность эмоциональных реакций характеру болезненных переживаний	Не адекватны
	речь	бессвязная
	бред	Как правило, нет
Ориентированность	В себе	Сохранена
	В пространстве	ложная
	Во времени	ложная
	В лицах	ложная
Нарушения сна (длительность сна)	2-3 ч	Абсолютная бессонница в течение суток и более.

Острый интоксикационный психоз

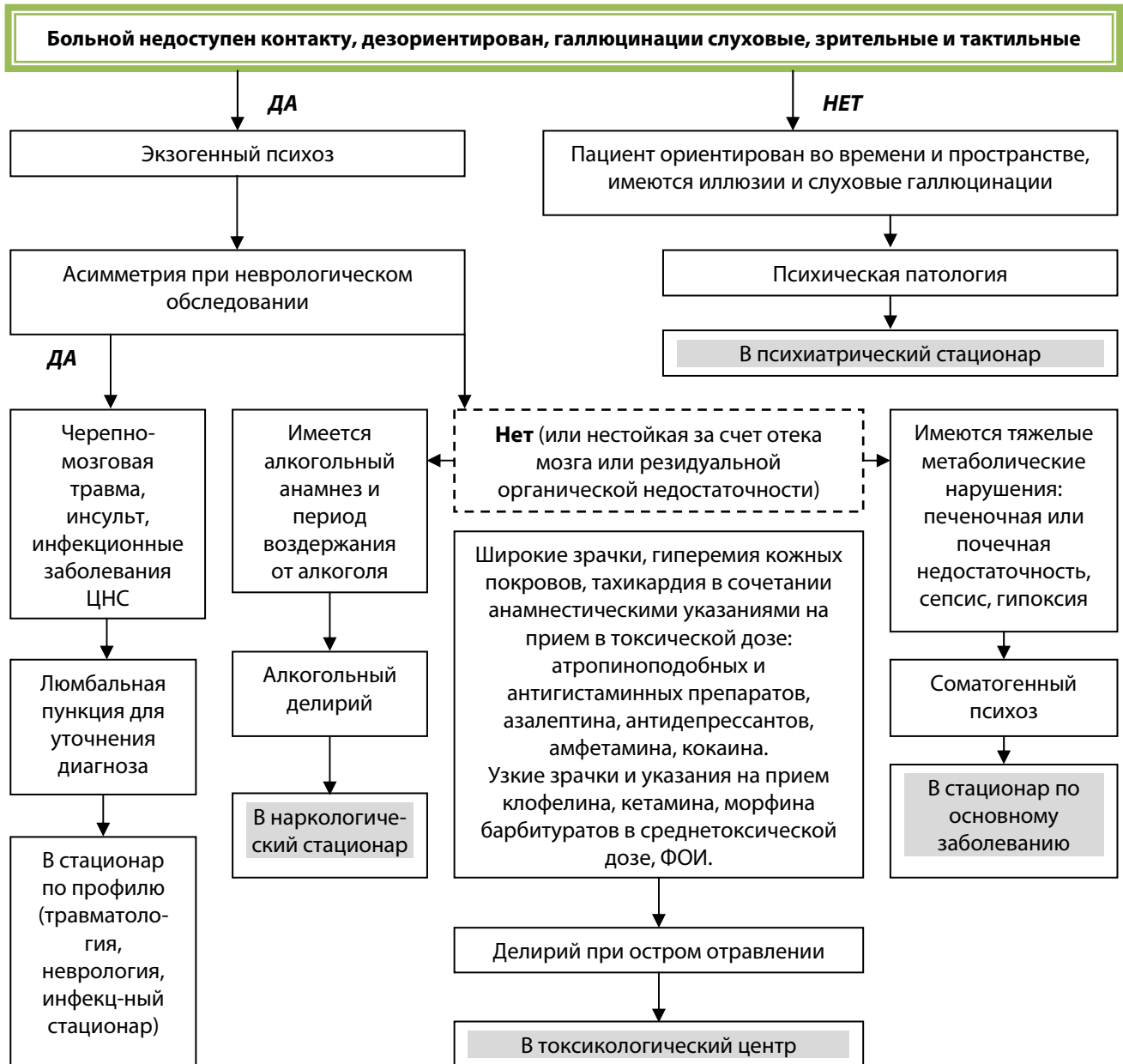


Рис.1. Острый интоксикационный психоз (дифференциальная диагностика и тактика)

Ажитация франц. agitation возбуждение) - двигательное возбуждение с аффектом тревоги и страха. Бред (delirium) - совокупность идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием больного и не поддающихся при разубеждении и разъяснении. Иллюзии (illusiones; лат. illusio ошибка, заблуждение) - ошибочное восприятие реально существующих в данный момент предметов или явлений. Галлюцинации (hallucinationes; лат. hallucinatio бред, видения; син. Г. истинные) - расстройства восприятия в виде ощущений и образов, произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта) и приобретающих для больного характер объективной реальности.

**Результаты исследования** представлены в таблице 1.

Как видно из приведенной табл.1, с утяжелением состояния изменяется и психический статус больного. Так, к слуховым и зрительным галлюцинациям присоединяются тактильные, возникают бредовые идеи, пропадает ориентированность в себе, наряду с ориентированностью в пространстве и времени.

У врачей работающих на догоспитальном этапе и встречающихся с больными исследуемой нами патологией, часто возникает вопрос с какими патологическими состояниями проводить дифференциальную диагностику и в какой стационар госпитализировать больного. Поэтому для улучшения оказания помощи больным с данной патологией нами разработана схема дифференциальной диагностики и тактики ведения больных с острым интоксикационным психозом (рис. 1).

С помощью данной схемы, используя элементарное неврологическое и психическое обследование, врач любой специальности сможет ориентироваться в этиологии психозов. Так, если больной недоступен контакту, дезориентирован, имеются галлюцинации слуховые, зрительные и тактильные, есть алкогольный анамнез и факт воздержания от алкоголя, но нет асимметрии при неврологическом обследовании, мы подозреваем алкогольный делирий и госпитализируем в наркологический стационар.

Проведенные исследования оценки динамики психического статуса у больных с алкогольной болезнью, осложненной абстинентным синдромом с делирием выявили преобладание нарушений восприятия в виде присоединения тактильных галлюцинаций и бредовых идей. С целью оптимизации оказания помощи и тактики ведения больных предложенная схема улучшит оказание неотложной помощи больным с алкогольной болезнью.

### Выводы:

1. Оценка динамики психического статуса у больных с алкогольной болезнью, осложненной абстинентным синдромом с делирием показала преобладание нарушений восприятия в виде присоединения тактильных галлюцинаций и бредовых идей при тяжелой степени абстинентного синдрома.
2. Схема дифференциальной диагностики и тактики ведения больных с острым интоксикационным психозом улучшит оказание неотложной помощи больным с алкогольной болезнью.

### Литература

1. Альтшулер В.Б. Клинические исследования алкоголизма как источник терапевтических поисков. Вопросы наркологии, 2010. №6. – С. 30-32.
2. Афанасьев В.В. Неотложная токсикология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.
3. Варфоломеева Ю.Е. Тревожные состояния в клинике алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия, 2003. – № 2 том 13. – С. 78 – 82.
4. Ерохина Л.Г. Неврологические аспекты алкоголизма, Методические разработки по неврологии для студентов лечебного и медико-биологического факультетов. – М., 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, 1998, 36 с.
5. Кошкина Е.А. Наркологическая помощь больным алкоголизмом в 2010. Вопросы наркологии, 2011. - №6. – С. 2-5.
6. Москвичев В. Г. Диагностика и лечение алкогольного абстинентного синдрома // Лечащий врач, 2004. № 03/04
7. Нижниченко Т.И., Ханьков В.В., Шевелева О.С., Яшкина И.В. Спектр эффективности потенцированных препаратов при купировании синдрома отмены у больных алкогольной и героиновой зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. – № 3 том 12. – С. 85 – 93.
8. Нужный В.П. Негативные последствия потребления алкоголя и токсичность алкогольных напитков. Вопросы наркологии, 2010. №6. – С. 16-18.
9. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. – М.: Медицина, 1988. – с. 288.
10. Сенцов В.Г. Факторы, определяющие эпидемиологическую ситуацию в отношении наркомании и алкоголизма в крупном промышленном регионе – Екатеринбург: изд-во УГМА. – 2006. – 42 с.
11. Спектр С.И., Кошкина Е.А., Ковалева Г.А., Сенцов В.Г., Богданов С.И. Наркомании и алкоголизм: медицинские, социальные и экономические последствия (на примере Свердловской области)/- Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2005.-280с.:ил.;
12. Спектор Ш.И. Медико – социальные последствия алкоголизма и экономический ущерб обществу от отравлений алкоголем. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2006. – 268 с.
13. Яцинюк Б.Б., Васильев А.И., Ирлицина И.Я., Яцинюк С.К. Состояние после длительного употребления алкоголя как патогенетически обоснованный диагноз. Алкогольная болезнь (ВИНИТИ РАН), 2001. № 11. - С. 7-8.
14. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Издательство «Триада-Х», 1999- 232 стр.

\*\*\*

**ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА:  
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

**<sup>2</sup>Кожокарь К.Г., <sup>1</sup>Урванцева И.А.**

*г. Сургут, Россия*

*<sup>1</sup>БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер  
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,*

*<sup>2</sup>ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
Медицинский институт*

Научный руководитель:

Урванцева И.А. - к.м.н., доцент, Заслуженный врач РФ

**Цель:** оценить частоту госпитализации пациентов с ОКС после эндоваскулярного лечения.

**Материалы и методы.** В ходе исследования были проанализированы истории болезней 62 пациентов, поступивших в 2010 году в БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургута с диагнозом острый коронарный синдром и наблюдавшихся в этом центре до конца 2012 года, из них 52 (83,9%) мужчин и 10 (16,1%) - женщин. Возраст пациентов колебался от 43 до 74 лет, в среднем составив  $56,4 \pm 8,4$  лет.

**Результаты.** В 2010 году в БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ» по поводу ОКС госпитализировано 278 человек, 62 из которых в последующем нуждались в повторном стационарном лечении. При первичной госпитализации всем пациентам (в 100% случаев) была выполнена коронароангиография, после чего решался вопрос о методе эндоваскулярного вмешательства. Тромбоаспирация была выполнена у 7 пациентов; реканализация окклюзии – у 12 пациентов (из них реканализация ПМЖВ у 50%, ПКА у 25%, ВТК и ОВ у 12,5% соответственно); ТБКА со стентированием у 42 пациентов (из них ПМЖВ в 47,6%, ОВ в 23,8%, ПКА в 23,8%, ВТК и ДВ в 4,8% случаев); прямое стентирование у 17 пациентов (ПМЖВ – 47,1%, ОВ – 29,4%, ПКА – 23,5%). Все пациенты после выписки находились под динамическим наблюдением. За пе-

риод с 2010 по 2012 год по поводу инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии однократно были госпитализированы в стационар 75,8% пациентов, дважды – 22,6% и 4 раза - 1,6% пациентов. Повторные госпитализации в течение одного месяца после выписки имели место у 12,9% пациентов, от 1 до 6 месяцев – у 43,6%, от 6 месяцев до года у 25,8%, от 1 до 2 лет у 11,3%, позже 2 лет после выписки у 6,5% пациентов. При проведении повторных коронароангиографий получены следующие результаты: тромбоокклюзия стента ПМЖВ развивалась у 16,0% пациентов, ПКА у 3,2%, ОВ и ВТК у 1,6%; гемодинамически значимые стенозы ПМЖВ наблюдались 19,4% случаев, ПКА – в 3,2% случаев. Всего при повторных госпитализациях было выполнено 57 оперативных вмешательств, из них 14 реканализаций окклюзий (24,6%), ангиопластик – 12 (21,1%), 15 ТБКА со стентированием (26,3%), 10 прямых стентирований (17,5%).

**Выводы.** При повторной госпитализации гемодинамически значимые рестенозы и тромбоокклюзии чаще встречались в бассейне ПМЖВ (в 19,4% и 16,0% соответственно) и ПКА (3,2%). Повторные госпитализации по поводу стенокардии, инфаркта миокарда наблюдались чаще всего в период от 1 до 6 месяцев после выписки из стационара (в 43,6% случаев).

\*\*\*

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У СОТРУДНИКОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛПУ  
(НА ПРИМЕРЕ БУ ХМАО-ЮГРЫ ОКД «ЦД И ССХ»)

<sup>2</sup>Кожокарь К.Г., <sup>1</sup>Саламатина Л.В., <sup>1</sup>Урванцева И.А.

г. Сургут, Россия

<sup>1</sup>БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер  
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
Медицинский институт

Научные руководители:

Саламатина Л.В. - д.м.н., профессор,  
Урванцева И.А. - к.м.н., доцент, Заслуженный врач РФ

**Цель исследования.** Изучить наличие, особенности формирования тревоги и депрессии у работников специализированного ЛПУ (на примере БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ»).

**Материалы и методы.** Было проанкетировано 400 сотрудников БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ», из них 356 женщин (89%) и 44 мужчины (11%). Анкеты включали следующие вопросы: общие сведения; стаж работы в медицине/ в БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ»; режим работы; вопрос о необходимости консультации психотерапевта непосредственно респондентам/ пациентам; вопросник по шкале тревоги и депрессии HADS. Возраст респондентов составил от 21 до 60 лет, в среднем  $37,07 \pm 8,9$  лет. Все работники были разделены на 4 группы: сотрудники стационара – 144 человека (36%), поликлиники – 166 человек (41,5%), общемедицинский персонал – 34 человека (8,5%), общепольничной немедицинский персонал 56 человек (14%). Полученные данные были проанализированы в программах Microsoft Excel и Biostat.

**Результаты.** Чаще всего ночные дежурства имели место у сотрудников стационара (в 73% случаев), от 1 до 11 в месяц (в среднем 6 ночных дежурств за месяц); гораздо реже дежурят сотрудники поликлиники (в 3,6%) и общепольничной медицинской персонал (2,9%). Ранее к психотерапевту за консультацией чаще обращались работники поликлиники 5,9%, 3,6% общепольничной немедицинского персонала, 3,0% общемедицинских работников и 2,1% сотрудников стационара. Антидепрессанты в течение последнего календарного года принимали 11,4% работников поликлиники, 5,6% работников стационара, 8,8% общемедицинского и 5,4% общепольничной немедицинского персонала. Высказали необходимость в личной консультации психотерапевта 11,4% сотрудников поликлиники, 9,7% стационара, 11,8% общемедицинских сотрудников, 7,1% общепольничных немедицинских сотрудников; необходимость в консультации пациентов врачом-психотерапевтом определили 71,5% работников ста-

ционара, 62,7% сотрудников поликлиники, 70,6% общемедицинских сотрудников, 30% работников общепольничного отдела. Считают необходимым введение в штат ОКД «ЦД и ССХ» врача-психотерапевта 75,7% работающих в стационаре, 73,5% - в поликлинике, 61,7% - в общемедицинской сети, 64,3% - в общепольничном немедицинском отделе.

При рассмотрении показателей тревоги всех сотрудников ОКД в целом нормальные значения получены у 81,1% сотрудников, субклинически выраженные показатели – у 11,6%, клинически выраженные – у 7,3%. Средний показатель тревоги по ОКД составил  $5,1 \pm 3,1$ , что соответствует нормальному значению. При оценке полученных показателей тревоги по группам получены следующие результаты: клинически выраженная тревога чаще встречается у сотрудников стационара (в 7,9% случаев), чуть реже у работников поликлиники и в общепольничной медицинской службе (в 7,2% и 7,1% соответственно), самые низкие показатели у сотрудников общепольничного немедицинского отдела; субклинически выраженная у 26,5% достоверно чаще у работников общепольничной медицинской службы, реже в поликлинике - у 13,9%, менее всего этот показатель выражен в стационаре и у работников общепольничной немедицинской службы (в 7,9% и 5,4%). При рассмотрении выраженности депрессии всех сотрудников ОКД нормальные значения получены у 88,1% сотрудников, субклинически выраженная депрессия – у 9,1%, клинически выраженная – у 2,8%. Средний показатель депрессии по ОКД составил  $5,7 \pm 2,8$ , что соответствует нормальному значению. При оценке показателей депрессии по группам выявлено: клинически и субклинически выраженная депрессия чаще всего встречалась у сотрудников поликлиники (3,6% и 12,7% соответственно), у работников общепольничной немедицинской службы (3,6% и 7,1%), реже у сотрудников стационара (2,9% и 7,1%), самый низкий показатель субклинически выраженной депрессии у сотрудников общепольничной медицинской службы (3%).



При анализе данных определена четкая связь между количеством дежурств и частотой развития тревоги и депрессии ( $p < 0,05$ ). Выявлена сильная отрицательная связь между развитием тревоги и длительностью проживания на Севере (коэффициент Пирсона = -0,7). Четкой взаимосвязи между депрессией и длительностью проживания на Севере, а также между тревогой и депрессией и стажем в медицине / БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ» не выявлено.

### Выводы

1. Средние показатели тревоги и депрессии в «ОКД «ЦД и ССХ» составляют  $5,1 \pm 3,1$  и  $5,7 \pm 2,8$ , что соответствует нормальным значениям.

2. Достоверно чаще клинически выраженная тревога встречалась у сотрудников стационара (в 7,9%), что можно связать с большим количеством ночных дежурств и зависимостью между этими показателями ( $p < 0,05$ ).

3. Клинически и субклинически выраженная депрессия чаще всего встречалась у работников поликлиники (3,6% и 12,7%), также эти лица достоверно чаще обращались за консультацией к психотерапевту (5,9%) и принимали антидепрессанты в течение последнего календарного года 13,9%.

4. Установлено, что у лиц, длительно проживающих в условиях Севера, показатель тревожности достоверно ниже, чем у лиц, относительно недавно мигрировавших в Сургут.

\*\*\*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА В РОКБ

**Кочегарова И.М.**

*г. Рязань, Россия*

*ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова»*

*Министерства здравоохранения РФ*

*Кафедра Факультетской терапии с курсами эндокринологии, общей физиотерапии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и военно-полевой терапии*

Научный руководитель:

Данилов А.В. - к.м.н., асс.

Гранулематоз Вегенера - аутоиммунное гранулематозное воспаление стенок сосудов, захватывающее мелкие и средние кровеносные сосуды: капилляры, вены, артериолы и артерии, с вовлечением верхних дыхательных путей, глаз, почек, лёгких и других органов. Относится к системным АНЦА-ассоциированным некротизирующим васкулитам.

Гранулематоз Вегенера — тяжелое быстро прогрессирующее заболевание. Без своевременно начатого лечения приводит к смертельному исходу в течение 6 — 12 мес. Подразделяется на две формы: локальную и генерализованную, которые по мнению ряда авторов являются стадиями заболевания.

При локальной форме поражаются ЛОР органы (90 % случаев) и глаза (10 % случаев) с развитием ринита, назофарингита, синусита, евстахиита, отита, склерита, эписклерита, а также увеита.

При генерализованной форме к вышеуказанным симптомам присоединяется поражение легких (80 % случаев) в виде легочного гранулематозного васкулита, обычно заканчивающегося образованием легочных гранулём. Гранулемы подвержены распаду с образованием каверн, что нередко сопровождается легочным кровотечением. У 2/3 пациен-

тов наблюдается поражение почек в виде некротизирующего быстро прогрессирующего гломерулонефрита.

Достаточно часто гранулематоз Вегенера протекает с развитием кожного васкулита (у 40 % пациентов) и поражения периферической нервной системы (15 %) с развитием асимметричной полинейропатии. У 5 % больных описан перикардит.

Заболевание чаще всего манифестирует с поражения верхних дыхательных путей и глаз. Поражение внутренних органов обычно наступают позже.

Вашему вниманию, хочу предоставить клинический случай гранулематоза Вегенера.

Больной П. 64 года, поступил в пульмонологическое отделение ОКБ 2.04.12. С 11.04.12 был переведен в ревматологическое отделение. DS направившего учреждение – пневмония, при поступлении DS саркоидоз II-III ст ?, хронический бронхит. Гранулематоз Вегенера.

При поступлении: жалобы на кашель с мокротой с прожилками крови, ощущение «тумана в голове», периодически – «потемнение в глазах», значительную общую слабость.

Из анамнеза известно: 2 года назад появился

## СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЕ НАУКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

суставной синдром, проявляющийся болями, припухлостью и ограничением движений в ПЛФС. Консультировался в ревматологическом отделении ОКБ, где был установлен диагноз – подагры; принимал НПВП, проводил местную терапию. В последующем подобные приступы не повторялись. Настоящее ухудшение возникло в феврале 2012 года, когда после физической нагрузки (чистил снег) и переохлаждения появились интенсивные боли в суставах, мышцах, повышение температуры тела до субфебрильных цифр: 37,6 – 37,8 С. Боли в коленных суставах и в области пяточных костей. Позднее (во время отдыха в г.Трускавец) появился кашель, кровохарканье. При рентгенологическом обследовании – двусторонняя пневмония. Проводилась антибиотикотерапия. Через некоторое время появилась сглаженность носогубной складки справа, но было расценено как неврит лицевого нерва. После возвращения в Рязань больной был госпитализирован в пульмонологическое отделение ОКБ, где было продолжено обследование и лечение. В анализе крови – выраженный лейкоцитоз ( $23\text{-}33 \cdot 10^9/\text{л}$ ), тромбоцитоз (до 1

000 000), лимфопения; серопозитивность по ревматоидному фактору, обнаружены парез мягкого неба, изменения голосовых связок, экзофтальм справа, спленомегалия; при биопсии слизистой бронхов – гранулематозное воспаление; отмечается изменение мочевого осадка, повышение уровня креатинина. После консультации ревматолога больной был переведен в отделение ревматологии.

Общее состояние при поступлении – средней тяжести. Умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферических отеков нет. Сглаженность носогубной складки справа. Экзофтальм справа. Снижение звучности голоса. Деформация 1 ПЛФС (плюсне-фаланговый сустав). Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. пульс – ритмичный, 92 в мин. сердечные тоны ясные, ритм правильный, ЧСС – 92 в мин. АД 140/80 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Дизурии нет, симптом поколачивания по пояснице – отрицательный.

### Результаты обследования

#### Общий анализ крови 9.04.2012

Эр $10 \cdot 12/\text{л}$	Нб г/л	ЦП	Rt	Tr $10^9/\text{л}$	L $10^9/\text{л}$	Баз	Э	Миел.	Юн.	Пал.	Нейтр.	Л	М
4,79	138			945	33,2						92,5	3,8	3,7

СОЭ 4 мм/час Анизоцитоз Пойкилоцитоз

#### Общий анализ крови 16.04.2012

Эр $10 \cdot 12/\text{л}$	Нб г/л	ЦП	Rt	Tr $10^9/\text{л}$	L $10^9/\text{л}$	Баз	Э	Миел.	Юн.	Пал.	Нейтр.	Л	М
4,84	145			504	33,2					3	93	2	2

СОЭ 7 мм/час Анизоцитоз Пойкилоцитоз

#### Общий анализ крови 23.04.2012

Эр $10 \cdot 12/\text{л}$	Нб г/л	ЦП	Rt	Tr $10^9/\text{л}$	L $10^9/\text{л}$	Баз	Э	Миел.	Юн.	Пал.	Нейтр.	Л	М
4,24	119			384	26,8						96,7	0,9	2,4

СОЭ 48 мм/час Анизоцитоз Пойкилоцитоз

#### Общий анализ крови 28.04.2012

Эр $10 \cdot 12/\text{л}$	Нб г/л	ЦП	Rt	Tr $10^9/\text{л}$	L $10^9/\text{л}$	Баз	Э	Миел.	Юн.	Пал.	Нейтр.	Л	М
5,11	149			312	15,5						76,5	18,9	4,6

СОЭ 6 мм/час Анизоцитоз Пойкилоцитоз

Общий анализ мочи: с/желт., кисл., прозр., белок – следы, Л – 3-4 в п/зр., эр. – 50-60 в п/зр. Ураты ++. Ан. Мочи по Нечипоренко: Л –  $1,3 \cdot 10^6/\text{л}$ , эр. –  $93 \cdot 10^6/\text{л}$ . Суточная протеинурия – 0,14 г/л. Проба Реберга: F-15 мл/м, R-0,94, креатинин – 0,262 ммоль/л.

## СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЕ НАУКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

### Биохимия крови:

АСТ	АЛТ	Билирубин			Креатинин	Мочевина	Ост.азот	Общ. холестерин	Ь-ЛП	амилаза	липаза	Глюкоза крови	МВ-КФК
		о	п	н									
Ед/л	Ед/л	Мкмоль/л			Моль/л	Моль/л	Моль/л	Моль/л	Ед/л	Ед/л	Ед/л	Моль/л	Ед/л
15-114	29-59	8,6-16,3	1,3-6,3	7,3-10,0	0,316-0,605	30,3-46,8		2,44		470-17,1 (г*л/ч)		6,7-7,6	

Общий белок – 68 г/л, альбумины – 43,8 %, глобулины: 5,7%, 11,5% 10%, 29% а/г – 0,78. СРБ – 128 мг/л, сиаловые кислоты – 3,17 ммоль/л, серомукоид – 0,42 Ед, церулоплазмин – 331 мг/л. Реакция Вассермана – отриц. Коагулограмма: фибриноген – 4,99 г/л, фибринолитическая активность – 28 мин, толерантность плазмы к геарину – 6 мин 20 сек, тромбиновое время – 23,7 сек, активность фибриназы – 72%, фибриноген В+, протромбиновый индекс 0,81.

ЭКГ: синусовая тахикардия. Нормальное положение ЭОС.

УЗИ сердца: увеличение ЛЖ, ЛП. Незначительная регургитация МК. Умеренная легочная гипертензия.

Бронхоскопия: признаки гранулематозного процесса в бронхах обоих легких и лимфаденопатия. Гранулематозные изменения на связках и в носоглотке.

ФГС: недостаточность кардии. Умеренный дистальный эзофагит. Очаги кишечной метаплазии? Антрального отдела желудка. Поверхностный гастрит. Лимфанэктазия слизистой 12-п кишки.

УЗИ органов брюшной полости: почек: гепатоспленомегалия. В проекции правого надпочечника – изоэхогенное образование 24\*19 мм. кзади и чуть ниже панкреас – структура повышенной эхотени 35\*21 мм, вероятно, ЛУ, в проекции тела – структура пониженной эхогенности – 9 и 10 мм.

Гематолог: данные за заболевания крови нет.

Окулист: правосторонний лагофтальм. Частичная атрофия зрительного нерва справа (последствия ишемической нейропатии).

Эндокринолог: СД?

Невролог: вторичное поражение ЦНС вследствие основного заболевания.

Проведенная терапия: метипред - 60 мг в сут, циклофосфан 400 мг в неделю, ультоп, пентоксифиллин, миакальцик, кальцецин адванс, мексидол, октолипен.

Несмотря на проводимую терапию состояние больного продолжало ухудшаться: больной жаловался на резкую общую сладость, отсутствие аппетита. 27.04 появились боли в левой половине живота. При пальпации отмечалась болезненность по ходу нисходящего отдела толстого кишечника. Позднее боль сместилась в правую подвздошную область. Отмечалось снижение АД до 90/40 мм рт ст. При УЗИ-контроле сердца – выраженная тахикардия. ФВ – 60%. При УЗИ-контроле органов брюшной полости – скопление неомогенной жидкости со взвесью над правой долей печени 126\*95\*90 мм, объем 570 мл,

узкая полоска жидкости под правой долей, в малом тазу около 200 мл, по левому латеральному каналу в нижних отделах. Выраженный пневматоз поперечно-ободочной кишки затрудняет осмотр панкреас и прилежащего забрюшинного пространства. Амилаза – 470 Е/л. Больной неоднократно был осмотрен хирургами, гастроэнтерологом. Проводилась диф диагностика с острым аппендицитом, панкреатитом. Вводились спазмолитики. В ночь с 27-28.04 – тошнота, рвота с примесью желчи, утром АД 80-40 мм рт ст. ЧСС 104 в мин. Отмечалась болезненность по ходу нисходящего отдела толстого киш-ка. Преднизолон 120 мг в/в. ГИНК, рибоксин, в/в кап введение метипреда. Был вызван реаниматолог, больной был переведен в АРО, где в 11:10 была констатирована биологическая смерть.

Диагноз: гранулематоз Вегенера, генерализованная форма с поражением верхних дыхательных путей (гранулематозное поражение носоглотки, бронхов), голосовых связок, легких (пневмониты), почек (нефрит), глаз (периорбитальная гранулема), центральной и периферической нервной системы, ЖКТ; хроническое течение. Активность 3 ст.

Полиорганная недостаточность: ХПН, консервативная стадия, ХСН 2 ст., хроническая дыхательная недостаточность.

Реактивный панкреатит возможно панкреонекроз.

Хронический стеатогепатит.

Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный.

Мочекаменная болезнь. Вторичный хронический пиелонефрит.

Гипертоническая болезнь II ст., ст2, риск 3 ЦВБ; ДЭП II ст вследствие артериальной гипертензии, атеросклероза церебральных сосудов.

Прогноз у больных с гранулематозом Вегенера без лечения неблагоприятен: средняя продолжительность жизни не превышает 5 мес, а летальность в течение первого года жизни составляет 80%. При своевременно начатой терапии циклофосфамидом и глюкокортикостероидами у 93% пациентов

ремиссия длится около 4-х лет, иногда у некоторых больных - более 10 лет. Поскольку заболевание имеет аутоиммунный генез, препаратами выбора являются иммунодепрессанты: цитостатики в сочетании с глюкокортикоидами.

Интересно:

- ГВ и репродуктивная функция;
- ГВ и отдых в жарких странах;
- ГВ где лечится;
- ГВ и Средство лечения угревой сыпи фирмы "Хоффман Ля Рош" (Швейцария) под названием "Роаккутан"
- Гранулематоз Вегенера на сегодняшний день остается редкой, но все еще не решенной задачей.
- В Стратегии развития медицинской науки до 2025 года говорится:
- «Будет продолжено изучение биологии сосудистой стенки в норме и при развитии атеросклеротического поражения; исследованы механизмы взаимодействия сосудистой стенки с клетками иммунной системы и

тромбоцитами....

- Будут изучены молекулярные механизмы развития дисфункции сосудистого эндотелия, в том числе механизмы гиперпроницаемости микрососудов, и разработаны способы коррекции этих нарушений...
- Для достижения этих целей в экспериментальных и клинических условиях будут проводиться геномные, протеомные и метаболомные исследования. Будут широко внедряться методы высокопроизводительного секвенирования и анализа активности генов, биоинформатики, масс-спектропии, химической биологии»

### Литература

1. Насонов Е.Л. Ревматология/ Е.Л. Насонов, В.А. Насонова – М.: Медицинская книга, 2008.
2. Мазуров В.И. Клиническая ревматология/ В.И.Мазуров – М.:Медицинская книга, 2005.
3. Насонова В.А. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний/ В.А.Насонова, Е.Л.Насонов, Р.Т. Алекперов, Л.И. Алексеева – М.:Медицинская книга, 2003.

\*\*\*

### ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИБС ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

*Кувандыкова С.Р., Курчанова И.О.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии*

Научные руководители:

Зуевская Т.В. – д.м.н., доцент,  
Игнатов С.В. – к.м.н., доцент

**Актуальность.** Болезни сердечно-сосудистой системы занимают главенствующее место в структуре заболеваемости и смертности среди населения большинства экономически развитых стран.

Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний погибают более 17 млн. человек, из них от ИБС - более 7 млн. (Карпов Ю. А., 2003). Ишемическая болезнь сердца является одной из важнейших проблем современной кардиологии и представляет актуальную и наиболее значимую медико-социальную проблему в РФ вследствие ее высокой распространенности в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности (Чазов Е. И., 2001; Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., 2005; Карпов Р.С., 2007; Шальнова С. А., 2007).

На сегодняшний день в России отмечается дальнейший рост заболеваемости и смертности от сердечнососудистой патологии. Безусловный при-

оритет принадлежит инфаркту миокарда как наиболее грозному проявлению ишемической болезни сердца. Существующая система этапного восстановительного лечения больных, перенесших ИМ, является идеальным стандартом ведения таких пациентов. Реабилитация больных ИБС и, в том числе, лиц, перенесших ИМ, является основой для восстановления здоровья и работоспособности. Однако, это сложное направление восстановительной медицины полностью не изучено, поэтому вопросы здоровья и возврата больных к полноценной жизни и трудовой деятельности остаются актуальными. Важное место в системе лечения больных ИМ отводится второму этапу реабилитации, и возникает необходимость в понимании эффективности и полноценности этого этапа для пациента, в том числе и психологической адаптации к «новому» состоянию.

**Цель:** определить уровень реактивной и личностной тревожности с помощью опросника Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина у пациентов с ишемической болезнью сердца до и после проведения реабилитационных мероприятий в больнице восстановительного лечения.

### **Задачи исследования:**

1. Провести опрос пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца по шкале Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.
2. Оценить уровень реактивной и личностной тревожности у этой категории больных до и после проведенных реабилитационных мероприятий на базе больницы восстановительного лечения г. Ханты-Мансийска.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования явились пациенты с установленным диагнозом ишемическая болезнь сердца, перенесшие инфаркт миокарда и/или аортокоронарное шунтирование.

Опрос больных проведен на базе БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница восстановительного лечения» до начала реабилитационного периода и после окончания лечения.

Шкала Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, которая состоит из двух частей, разделяющих реактивную и личностную тревожность.

Тест, предложенный пациентам, использован индивидуально, продолжительность опроса составила 5-8 минут.

Результаты интерпретировали следующим образом:

1. до 30 - низкая тревожность;
2. 31-45 - умеренная тревожность;
3. 46 и более — высокая тревожность.

**Обсуждение полученных результатов:** в исследование были включены 20 пациентов, 12 мужчин и 8 женщин, в возрасте от 48 до 67 лет, средний возраст 57,1 год. Из анамнеза выяснено, что 60% больных перенесли оперативное вмешательство – аортокоронарное шунтирование, 40% - инфаркт миокарда.

Пациентам проведен опрос по шкале Спилберга-Ханина до начала и после проведенной терапии. Период лечения составил 2 недели.

Реабилитационная терапия для этих пациентов заключалась в применении:

1. Медикаментозного лечения
2. Физиотерапевтического лечения: сухие углекислые ванны, лазеротерапию, транскраниальную электростимуляцию.
3. Аэрофитотерапии
4. Лечебной гимнастики
5. Велотренировки
6. Массаж воротниковой зоны.

Необходимо учитывать и тот факт, что пациенты находятся в условиях больницы восстановительного лечения, представляющей из себя стационар санаторного типа. Пациенты имеют возможность находится максимум по два человека в палате, по условиям максимально приближенным к домашним, совершать пешие прогулки в рядом расположенном парке, что безусловно должно способствовать улучшению как общего, так и эмоционального состояния.

На первом этапе обследования (т.е. до проведения реабилитационных мероприятий) при оценке реактивной тревожности уровень низкой тревожности не отмечен ни у одного пациента, умеренная тревожность выявлена у 20% , а высокая реактивная тревожность отмечена у 80 % больных.

На втором этапе обследования (т.е. после проведения реабилитационных мероприятий) у этих же пациентов выявлен умеренный уровень реактивной тревожности в 30% случаев, а высокий уровень у 70% больных.

При оценке уровня личностной тревожности также до проведения реабилитационного этапа показатели соответствовали умеренной тревожности у 30%, высокий уровень личностной тревожности у 70% больных. Ни у одного больного не выявлен низкий уровень личностной тревожности.

После реабилитационного периода показатели личностной тревожности соответствовали умеренной в 35% случаев, высокой тревожности у 65% пациентов. Низкий уровень реактивной и личностной тревожности после проведения лечения не выявлен ни у одного пациента. Проводя анализ полученных результатов выяснилось, что изменения уровня тревожности после проведенной терапии от высокой до умеренной отметили больные с перенесенным инфарктом миокарда, а у пациентов с аортокоронарным шунтированием в анамнезе уровень реактивной тревожности остался на прежнем высоком показателе.

### **Выводы:**

1. В группе пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование уровень реактивной тревожности оставался таким же высоким как до начала этапа реабилитации, так и после него в 98,6 % случаев, что по-видимому связано с отношением к своему состоянию здоровья.

2. На этапе реабилитации, помимо стандартной медикаментозной и немедикаментозной терапии необходимо включать консультацию психотерапевта с проведением психотерапевтических сеансов (обучение аутотренингу, работа в группе и др.), что возможно приведет к снижению уровня тревожности.

\*\*\*

КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ РАКЕ ЛЕГКИХ

Кургузова Д.С., Мамедов Э.А., Юсуфова З.Г.

г. Сургут, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра патологической физиологии и общей патологии

Научный руководитель:

Наумова Л.А. - д.м.н., профессор

Рак легкого (РЛ) или бронхогенную карциному считают «убийцей №1» в индустриально развитых странах по 2-м причинам: во-первых, она является самой распространенной злокачественной опухолью; во-вторых, бронхогенная карцинома относится к наиболее фатальным злокачественным опухолям человека [1]. Нарушения регуляции процессов пролиферации и дифференцировки клеток, лежащие в основе возникновения опухолей, отражают тесную связь канцерогенеза с патологией регенерации. Не случайно около 90% злокачественных опухолей относится к карциномам, что связывают как с высокой пролиферативной активностью эпителиальных тканей, так и их барьерной функцией, обуславливающей высокую частоту повреждений разнообразными факторами внешней и внутренней среды и интенсификацию репаративных процессов [2]. Учитывая высокую частоту поражений пограничных эпителиев, к которым относится и выстилка органов дыхания, общие закономерности их функционирования и реагирования, интересно посмотреть характер коморбидности при раке легких, особенно в контексте сочетанных поражений пограничных эпителиев и системы соединительной ткани, обладающей пластической, морфогенетической и защитной функциями по отношению к эпителию [2]. Существование РЛ и других неинфекционных заболеваний не означает их причинную связь, однако, часть коморбидных состояний может быть ассоциирована друг с другом на основе какой-либо общности, поэтому коморбидный фон может содержать клинические маркеры опухолевого риска, что должно учитываться при формировании группы риска по развитию рака легких.

**Цель:** Выявить особенности коморбидного фона при раке легкого.

**Материалы и методы.** Проанализированы клиничко-anamnestические данные у 108 больных с РЛ (мужчин 93, женщин 15, возраст от 54-64 лет), из числа которых первую группу составили 45 пациентов с центральным раком легких (ЦРЛ) и вторую группу 23 больных с периферическим раком легких (ПРЛ). Обращает внимание, что женщин при ПРЛ было в 4 раза больше, чем при ЦРЛ. Сравнительный статистический анализ проводился с использова-

нием  $\chi^2$  критерия.

**Результаты.** Сопутствующая патология имела место у 84% больных с ЦРЛ и у 100% больных с ПРЛ, при этом два и более заболеваний чаще встречались у больных второй группы (рис.1).

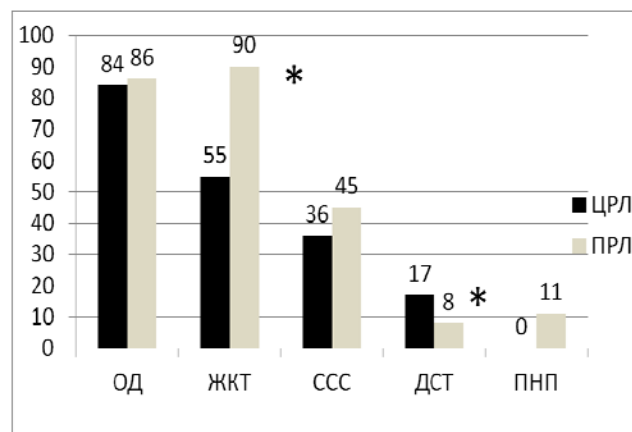


Рис.1 Частота и характер сопутствующей патологии при РЛ.

Примечание к рис. 1: \*-статистически значимые различия между 1 и 2 группами  $p < 0,05$   $\chi^2=7,5$ ; ОД - органы дыхания; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; ССС – сердечно-сосудистая система; ДСТ – дисплазия соединительной ткани; ПНП – полинеоплазия

Фоновые заболевания органов дыхания (хронический бронхит, хронический обструктивный бронхит и др.) имели место по группам соответственно в 84% при ЦРЛ, 86% при ПРЛ. Частота курения преобладала при ПРЛ (ПРЛ - 100%, ЦРЛ - 77%,  $p_{1-2} < 0,005$ ). Среди сопутствующих заболеваний при РЛ наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и статистически значимо чаще при ПРЛ. Среди заболеваний ЖКТ преобладали хронический атрофический гастрит, в том числе с эрозиями, и язвенная болезнь. Второе место по частоте при обоих топографических вариантах РЛ среди сопутствующей патологии занимали заболевания сердечно - сосудистой системы (ишемическая



болезнь сердца, гипертоническая болезнь и различные формы атеросклероза). Особое внимание обращает на себя характер сопутствующей патологии: с одной стороны, это наличие полипатологии, с другой - часто её системный характер. Признаки системной недифференцированной дисплазии соединительной ткани встречались у пациентов обеих групп, но преобладали при ЦРЛ. По характеру стигм преобладало кистообразование различной органной локализации (почки, печень и др.). Полинеоплазии отмечены только при ПРЛ.

**Выводы.** Таким образом, коморбидный фон при РЛ характеризуется высокой частотой курения и хронических заболеваний легких, прежде всего, хронического обструктивного бронхита; высокой частотой сочетанного поражения слизистых оболочек бронхов и желудка, статистически значимо чаще

встречающегося при ПРЛ. Сопутствующая патология сердечно - сосудистой системы встречалась с одинаковой частотой при раках обеих локализаций. Системная недифференцированная дисплазия соединительной ткани преобладала у пациентов с ЦРЛ, полинеоплазии - при ПРЛ. Полученные результаты позволяют сказать, что РЛ развивается на фоне полипатологии, часто имеющий системный характер, что делает эту патологию маркерной для формирования групп риска по развитию РЛ.

### Литература

1. Трахтенберг А.Х. Рак легкого. М. Медицина, 2009 г. С. 655.
2. Наумова Л.А., Пушкарев С.В. Соединительная ткань как система: отдельные клинические аспекты// Вестник СурГУ. Медицина. 2009. № 3. С. 45-56.

\*\*\*

### ВОЗМОЖНОСТИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Мурина К.А.*

*г. Омск, Россия*

*ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра лучевой диагностики*

Научный руководитель:

Филиппова Ю.Г. - к.м.н., ассистент

Ранняя диагностика злокачественных заболеваний молочных желёз является одной из актуальнейших проблем современной медицины и практического здравоохранения. Проблема имеет государственное, социальное и медицинское значение, поскольку растёт частота рака и доброкачественных заболеваний молочной железы, снижающих качество жизни женщины и её репродуктивной, детородной функции. Рак молочной железы занимает первое место среди новообразований у женщин и является одной из ведущих причин смертности женщин молодого возраста. Актуальность проблемы диагностики чрезвычайно важна, поскольку от раннего выявления заболеваний молочной железы зависит тактика лечения, продолжительность и качество жизни женщины. Под ранней диагностикой рака молочной железы подразумевают выявление оперableного рака I-II стадии.

С целью определения диагностических возможностей маммографии, выполненной в качестве метода скрининга, в диагностике рака молочной железы на ранних стадиях был проведен ретроспективный анализ рентгенологической картины «ма-

лых» форм рака молочной железы, определена чувствительность рентгеновской маммографии в диагностике «малых» форм рака молочной железы. А также, проведен анализ уровня заболеваемости раком молочной железы в Омской области за период 2009-2011 гг., оценивалось соотношение первично диагностированных ранних и запущенных форм. Проведена ретроспективная оценка 45 комплектов маммограмм пациенток БУЗ Омской Области Клинический Онкологический Диспансер с гистологически верифицированным «малым» раком молочной железы ( $T_{0-1}N_{0-3}M_0$ ). При клиническом обследовании у всех пациенток очаговое образование в молочной железе не пальпировалось. В 62% случаев рака молочной железы визуализировались достоверные рентгенологические симптомы, у 20% косвенные признаки и у 18% при маммографии не было выявлено изменений, характерных для злокачественного процесса. Стандартный подход к анализу маммограмм с описанием первичных, вторичных и косвенных симптомов злокачественного процесса обладает чувствительностью информативностью в 82%. По результатам анализа к значимыми рентгенологиче-

ским признакам рака молочной железы были отнесены следующие: очаговое образование, симптом лучистости контуров, локальная перестройка ткани железы, наличие микрокальцинатов, а также округлая форма и средний размер кальцинатов; сочетание этих признаков. Из первичных рентгенологических симптомов рака молочной железы очаговое образование высокой плотности выявлено у 49% обследованных. Характерными рентгенологическими признаками злокачественного опухолевого узла являются неровные, нечеткие контуры, неправильная форма и неоднородная структура. Неоднородная структура очагового образования отмечалась у 32% женщин. Множественные полиморфные микрокальцинаты, располагающиеся в виде локального скопления, выявлялись в 16% наблюдений. Наличие асимметричных участков тяжистой перестройки структуры имели место у 28% пациенток.

При анализе уровня заболеваемости раком молочной железы в Омской области за период 2009-2011 гг. отмечается рост на 4-5% морфологически подтвержденных диагнозов – в 2010 – 2011 гг. (99,4%, 98,7 % соответственно), по сравнению с 2009 г. (94,6 %). Абсолютное число пациентов с диагнозом злокачественного новообразования молочной железы составило в 2009 г. – 689, в 2010 г. – 882, в 2011 г. – 789. Впервые диагностированных на 1-2 стадиях зарегистрировано 58,8 % в 2009 г., 58,5% в 2011 г., что на 1 % больше, чем в 2010 г. (57,3%). Процент выявленных опухолей на 3 стадии в 2009 г. составил 28%, в 2010 г. – 30,2%, в 2011 г. – 32,8%, что можно объяснить возможным пропуском патологии на 1-2 стадии или несвоевременным выполнением маммографии, как ме-

тогда скрининга. На 4 стадии в 2009 г. выявлено на 1 % больше (12,3%), чем в 2010 г. (11,3%) и в 2011 г. (11,2%). Летальность на первом году жизни с момента установления диагноза выше в 2009 г. (12,6%), чем в 2010 (11,5%), в 2011 (9,6%), однако процент выявленных опухолей на поздних стадиях (3-4) выше в 2011 г. (44%), чем в 2010 г. (41,5%), чем в 2009 г. (40,3 %). В 2009 г. на 4 стадии выявлено 12,3% опухолей, летальность на 1 году жизни с момента выявления составила 12,6%. В 2010 г. соответственно 11,3 % – 11,5%. В 2011 г. процент летальности на 1 году жизни с момента выявления (9,6%) ниже в сравнении с процентом выявленных опухолей на 4 стадии (11,2%). В 2011 году процент опухолей, выявленных на 1-2 стадиях составил 55,5 %. По результатам анализа отмечается рост заболеваемости в Омской области в период 2009-2010 гг., что можно объяснить активным выполнением исследований в рамках программы скрининга.

### Литература

1. Линденбратен Л.Д., Бурдина Л.М., Пинхосевич Е.Г. Л159, Маммография (учебный атлас). – М.: Видар, 1997. – 128 с.:ил.
2. Харченко В.П. Рожкова Н.И. Лучевая диагностика заболеваний молочной железы, лечение и реабилитация. Выпуск 3: Лучевая синдромная диагностика заболеваний молочной железы. М.: Фирма СТРОМ, 2000. – 166с.
3. Школьник Л.Д., Левшуков Д.Е. Диагностика непальпируемых новообразований молочной железы.// Современные технологии в клинической больнице. Москва. - 2002. - С. 61-65.
4. Zonderland H.M. The role of ultrasound in the diagnosis of breast cancer. – Semin Ultrasound CT MR. – Aug 2000;21(4): 317-24.

\*\*\*

### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

<sup>2</sup>Мусатова Д.Г., <sup>1</sup>Андреева И.А., <sup>1</sup>Урванцева И.А.

г. Сургут, Россия

<sup>1</sup>БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
Медицинский институт

**Цель.** Дать клинико-anamnestическую характеристику пациентов с острым коронарным синдромом, поступивших в кардиохирургический стационар для оперативного лечения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ клинико-anamnestических данных и тактики ведения случайно выбранных пациентов, поступивших в Окружной кардиологический диспансер (ОКД «ЦД и

ССХ») с диагнозом «острый коронарный синдром» с октября по декабрь 2012 года. Окружной кардиодиспансер г. Сургута обладает возможностью круглосуточного оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (проведение как чрескожных коронарных вмешательств, так и операций аорто-коронарного шунтирования). Всего обследовано 44 человека.

Средний возраст исследуемых составил  $55,9 \pm 8,5$  лет, 88,6% - мужчины, 11,4% - женщины.

Данные представлены в виде абсолютных, относительных (%) и средних величин.

**Результаты.** В структуре исследуемой группы преобладали пациенты с острым инфарктом миокарда (84,1%), у 15,9% исследованных имела место нестабильная стенокардия. Средний возраст исследуемых составил  $55,9 \pm 8,5$  лет, причем возраст почти половины пациентов соответствовал трудоспособному (47,7%). У абсолютного большинства в анамнезе имело место курение (65,7%) и артериальная гипертензия (86,4%). 20,5% исследуемых ранее перенесли инфаркт миокарда, немного меньше (15,9%) имели в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, а 4,5% – их сочетание. В 29,5% случаев операция реваскуляризации уже проводилась ранее (ЧКВ у 25%, АКШ у 4,5% пациентов). Сис-

темный тромболизис проводился в 20,5% случаев и только у иногородних пациентов. Всем пациентам, поступившим в стационар, проведена коронарография. Инвазивная тактика ведения (экстренное чрескожное коронарное вмешательство) выбрана у 93% пациентов, причем в 55% случаев установлено более 1 стента одновременно.

**Выводы.** Среди пациентов с ОКС, получивших высокотехнологичную помощь, преобладают пациенты с инфарктом миокарда (84,1%). Четверть исследуемых (25%) уже подвергалась операции реваскуляризации, что может указывать на недостаточную эффективность вторичной профилактики у этих пациентов. В настоящее время отдается предпочтение интервенционным методам лечения у пациентов с ОКС, что находит подтверждение в полученных данных (93% пациентов проведено ЧКВ, из них у 55% установлено 2 и более стентов).

\*\*\*

### ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ГРИППОМ

**Покотилов Я.И., Курбанисмаилов Р.Б.**

*г. Красноярск, Россия*

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет*

*им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»*

*Минздрава России*

*Кафедра клинической иммунологии,*

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО*

Научные руководители:

Камзалакова Н.И. - д.м.н., профессор,

Сергеева И.В. - к.м.н., доцент

**Актуальность.** Грипп и другие респираторные заболевания остаются до настоящего времени неуправляемыми инфекциями, наносящими существенный ущерб здоровью населения и экономике стран во всем мире [1,2,3].

**Цель.** Выявить особенности иммунного статуса больных при различных вариантах течения гриппа.

**Материалы и методы:** Материалом для данной работы послужили наблюдения за 99 пациентами с диагнозом грипп в возрасте от 18 до 41 года. 1 группа - 32 больных гриппом средней степени тяжести с типичным течением заболевания; 2 группа - 21 больных гриппом тяжелой степени тяжести с типичным течением заболевания; 3 группа - 46 больных гриппом с тяжелым осложненным течением. Группа контроля - 36 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз гриппа был подтвержден у 48 больных методом ИФА, РТГА, а ге-

нетический материал - методом ПЦР.

**Результаты и обсуждение:** Исследование параметров периферической крови и показателей иммунитета проводилось обследованным пациентам при поступлении в стационар. Общими изменениями клинико-лабораторных показателей для всех групп больных по сравнению с параметрами контрольной группы, вне зависимости от тяжести течения заболевания, являлись палочкоядерный сдвиг формулы, снижение процента эозинофилов, высокий гемоглобин и моноцитоз.

В первой группе пациентов при среднетяжелом течении заболевания число лейкоцитов и СОЭ сохранялись на уровне здоровых, во второй и третьей – СОЭ превышала контрольные цифры. Однако, если у больных 3 группы наблюдался умеренный лейкоцитоз, то у пациентов второй группы – лейкопения.

Для обследованных больных первой группы был характерен лимфоцитоз, а для 2 и 3 – лимфопения, более выраженная у больных 3 группы.

Меньшее, по сравнению с контролем, количество зрелых нейтрофилов наблюдалось при среднетяжелом течении гриппа. У больных 2-я группы – этот показатель соответствовал контрольному значению, а в 3 группе – достоверно его превышал.

Анализ иммунного статуса показал, что у пациентов 1 группы по сравнению с группой контроля наблюдалось увеличение как относительного, так и абсолютного количества CD3-лимфоцитов, повышение концентраций IgM и IgG, а также ФЧ. Это отражало адекватность противовирусного ответа.

Показатели иммунитета больных 2 группы характеризовались абсолютной лимфопенией, и снижением абсолютного количества CD3-лимфоцитов, несмотря на увеличение процента CD3-клеток. Кроме этого, наблюдалось повышение дифференцировки цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8), участвующих в противовирусной защите. Особенности гуморального ответа у больных гриппом 2 группы характеризовались высоким значением показателя IgM, концентрация IgA была низкой, а IgG – на уровне здоровых лиц. Следовательно, нарушения в иммунном статусе способствовали тяжелому варианту течения основного заболевания ввиду «замедленной» реакции специфического гуморального ответа.

Изменения иммунологических параметров больных 3 группы свидетельствовали о выраженном угнетении специфического иммунного ответа: относительная и абсолютная лимфопения, снижение абсолютного количества CD3-лимфоцитов при сохранении на уровне контрольного значения процента CD3-клеток, значимо повышалась дифференцировка

цитотоксических CD8-лимфоцитов. Практически отсутствовала реакция на инфекционный процесс гуморального звена: концентрации IgM и IgG не отличались от показателя здоровых лиц, уровень же IgA был существенно ниже.

Общим для всех групп обследованных пациентов являлось снижение пролиферации и дифференцировки CD4-лимфоцитов, наиболее выраженное при тяжелом варианте болезни. Кроме этого, у больных с тяжелым неосложненным гриппом и у пациентов с присоединением бактериальных осложнений наблюдалась абсолютная В-лимфопения.

### Выводы:

1. Вирус гриппа, по-видимому, обладает лимфотропностью (снижение пролиферации и дифференцировки CD4-лимфоцитов у всех пациентов вне зависимости от варианта течения заболевания).
2. Увеличение пролиферации и дифференцировки CD8-клеток у больных с тяжелым течением гриппа (2 и 3 группы) приводит к иммунорегуляторному дисбалансу и нарушению взаимодействия клеточного и гуморального звеньев, что проявляется не только указанной В-лимфопенией, но и низким гуморальным специфическим ответом на вирус, обуславливая данный вариант болезни.

### Литература

1. Грипп. Клиническая симптоматика / Т.В. Сологуб, М.Ю. Ледванов, В.П. Малый [и др.] // Успехи соврем. естествознания. – 2009. – № 12. – С. 27-29.
2. Грипп. Посидромная терапия / Т.В. Сологуб, М.Ю. Ледванов, В.П. Малый [и др.] // Фундамент. исслед. – 2009. – № 10. – С. 48-55.
3. Малый, В.П. Грипп: пособие для врачей / В.П. Малый, М.Г. Романцов, Т.В. Сологуб. – СПб.; Харьков, 2007. – 108 с.

\*\*\*

## АРТ-ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

**Рахматулина Э.Н.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нервных болезней с курсом психиатрии*

Научный руководитель:  
Кот Т.Л. - ассистент

В наше время в медицинских, образовательных и социальных учреждениях разных стран все более активно применяется такой инновационный подход к сбережению здоровья, как психотерапия искусством или по-другому «arts therapies».

Согласно международной классификации, психотерапия искусством представлена четырьмя самостоятельными модальностями: арт-терапией (психотерапией посредством изобразительного творчества), драматерапией (психотерапией посред-

ством сценической игры), танцевально-двигательной терапией (психотерапией посредством движения и танца) и музыкальной терапией (психотерапией посредством звуков и музыки) [2].

Сейчас арт-терапия развивается еще экстенсивно, непрерывно расширяя свои границы. Не проходит года, чтобы не появилось несколько новых направлений внутри арт-терапии.

В отечественной и зарубежной литературе арт-терапия обычно определяется как совокупность приемов лечебно-реабилитационного и психопрофилактического воздействия, связанных с изобразительной деятельностью пациентов с разной психической и соматической патологией [1].

Согласно Резолюции РОО «Арт-терапевтическая ассоциация», принятой 16 мая 2009 г., арт-терапия рассматривается как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных и профилактических воздействий, основанных на занятиях клиента (пациента) изобразительной деятельностью, построении и развитии психотерапевтических отношений [6].

Арт-терапия – метод лечения психических расстройств и психологических проблем посредством художественного творчества. Он является междисциплинарной областью знания, существующей на стыке психологии, медицины и разных видов искусств. Арт-терапевтические методы используют как для терапии и коррекции, так и для профилактики, социализации, помощи в самопознании и гармоничном развитии личности [3].

Отметим некоторые преимущества арт-терапии с точки зрения диагностики.

Это, прежде всего, возможность более глубоко оценить поведение и состояние пациентов; составить мнение, на каком этапе жизни находится человек; выявить подавленные и скрытые переживания, выраженные в изобразительной форме.

По мнению Л.Гант и К.Табон диагностическая информация связана не только с тем, что изображено на рисунке (как это происходит в проективных методиках), но и с тем, как создается рисунок. Большинство арт-терапевтов рассматривают изобразительную продукцию, прежде всего, как искусство, а не так, как она воспринимается психологами, использующими проективные тесты. Арт-терапевты воспринимают целый комплекс различных призна-

ков рисунка, важных для любого художника, таких как особенности цветовой палитры, взаимосвязь элементов изображения, характер линий [4].

Во-вторых, практически каждый психически больной (независимо от своего возраста) может участвовать в арт-терапевтической работе, которая не требует от него каких-либо способностей к изобразительной деятельности или художественных навыков.

В-третьих, арт-терапия является средством преимущественно невербального общения. Это делает ее особенно ценной для тех пациентов, которые недостаточно хорошо владеют речью, затрудняются в словесном описании своих переживаний.

Дополнительно арт-терапевтическая работа в большинстве случаев вызывает у пациентов положительные эмоции, помогает им даже при выраженных изменениях личности преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию, эмоционально-ценностное принятие партнеров и сплоченность их в группу. Арт-терапия основана на мобилизации творческого потенциала пациентов, внутренних механизмов саморегуляции и исцеления. Она отвечает фундаментальной потребности в самоактуализации – раскрытии широкого спектра возможностей человека и утверждения им своего индивидуально неповторимого способа бытия в мире [5].

Таким образом, арт-терапия актуализирует гигантский «молчащий» ресурс психики – подсознание. С помощью языка символических образов и метафор становятся возможными самопознание и саморазвитие. Осознанные «вечные» темы искусства, архетипические смыслы (первообразы) бытия избавляют от одиночества и дают чувство безопасности и покоя.

### Литература

1. Бурно М. Е., 1989; Хайкин Р. Б., 1992; Каравасарский Б. Д., 2000;
2. «Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии», 2009, Том 12, № 1, с. 9;
3. Копытин А. И., 1999, 2001, 2002, 2003;
4. Л. Гант, К. Табон, 2012, с.8–9;
5. Назлоян Г.М. Метемпневмоз и скелетная идея в арт-терапии // «Психотерапия» № 7, 2005;
6. European Consortium for Arts Therapies Education, 1999, 2005.

\*\*\*

**КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР  
В ПОИСКЕ ИНФОРМАЦИИ ПРИ РАБОТЕ С ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫМ ОБОРУДОВАНИЕМ**

**Сапожникова А.Н.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра сестринского дела*

Научный руководитель:  
Анищенко О.А. - преподаватель

**Цель:** Определить компетентность в поиске информации медицинскими сестрами при работе с высокотехнологичным оборудованием.

**Ключевые слова:** высокотехнологичное медицинское оборудование, Интернет, медицинская сестра, информация, компетенция.

**Актуальность:** С недавнего времени информационные технологии и Интернет стали неотъемлемой частью медицины. Практически каждый шаг пациента и медицинского работника информатизирован. Но возможности компьютерных технологий выходят далеко за рамки простого МИС «Пациент». Можно не только пополнять базы данных пациентов и «сидеть» в свободное время в социальных сетях, но обучаться, делиться опытом, повышать свои профессиональные навыки с помощью ПК и Интернета. К сожалению, медицинский персонал, который в данный момент работает в больницах, не привык (не доверяет, не обучен?) пользоваться Интернетом в познавательных целях. Но для медицинской сестры недопустимо не знать о новых разработках в уходе за пациентом, о новом оборудовании, о новой правовой базе. И что же делает медицинская сестра? Она довольствуется слухами от других сестер и односложными ответами главной сестры, не удосуживаясь найти нужную информацию в Интернете. В итоге мы получаем недостаточно информированный персонал.

**Объекты и методы исследования:** Для достижения поставленной цели нами было проведено анкетирование практикующих медицинских сестер ОКБ г. Ханты-Мансийска разных возрастных категорий и с различным опытом работы. Им была предложена анкета с вопросами, связанными с использованием ПК и Интернета в рабочее и свободное время. Также мы провели мониторинг сайтов, предназначенных для медицинских сестер, чтобы определить полезность, доступность и актуальность предлагаемой на них информации.

**Выводы:** Для определения компетентности в поиске информации медицинскими сестрами при оказании высокотехнологичной сестринской помощи, нами были сделаны следующие выводы:

1. На сайтах, доступных для общего пользования, информация по работе медицинскими сестрами с высокотехнологичным оборудованием отсутствует.

2. Медицинские сестры не компетентны в вопросах поиска информации при работе с высокотехнологичным оборудованием.

3. Медицинские сестры не мотивированы в поиске информации.

**Причины полученных результатов:**

1. Малая укомплектованность кадров: почти каждая медицинская сестра работает на две ставки. Так как медсестер мало, между ними возникает конкуренция не на качество предоставления услуг, а на количество взятых ставок. При этом у каждой медицинской сестры есть семья, которая тоже требует внимания. На самообразование времени просто нет;

2. Низкий престиж профессии, причина которому – низкая заработная плата;

**Мое видение решения проблемы:**

Я считаю, что данная проблема решится со временем. Уже в 2014 году в лечебно-профилактические учреждения придут работать медицинские сестры, обучавшиеся по новым государственным стандартам, которые владеют не только знаниями, умениями и навыками, но и компетенцией в поиске информации.

По результатам анкетирования и мониторинга были сделаны выводы, что медицинские сестры не используют возможности Интернета, что в интернете нет специализированных сайтов по квалифицированному обучению медицинских сестер с новейшим оборудованием. Медицинская сестра узнает информацию от других сестер, в крайнем случае, от доктора. Информацию получают, естественно, не полную, чаще всего, оборудование приходит с инструкцией на иностранном языке и медицинская сестра, видя пару знакомых иностранных слов, додумывает инструкцию сама.



\*\*\*

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГА - РЕАНИМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
И ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

**Селиванов А.С.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Курс реанимации, интенсивной терапии и экстремальной медицины при кафедре госпитальной хирургии*

Научный руководитель:

Яцинюк Б.Б. - к.м.н., доцент

**Введение.** Как известно, анестезиология родилась из хирургии, а первыми анестезиологами стали хирурги, стремившиеся расширить возможности хирургического лечения. Во имя исцеления больного хирург наносит ему травму, от которой пациент оправится лишь спустя некоторое время, получившее название послеоперационного периода, причем выздоровление может зависеть от качества анестезиологического пособия. По мере усложнения и совершенствования способов анестезии появлялись большие возможности совершенствовать хирургические вмешательства, выполнять обширные и травматичные операции и при этом обоснованно рассчитывать на благоприятный результат [2].

**Целью** различных видов анестезиологических пособий является создание максимально комфортных условий хирургу для успешного и быстрого выполнения сложной, особенно у больных онкологического профиля операции, путем применения специальных методик мышечной релаксации, искусственной вентиляции легких и других. Также анестезиолог закладывает во время операции основу эффективного послеоперационного обезболивания и намечает тактику ведения тяжелого больного в послеоперационный период в палате реанимации, что во многом определяет стабильность показателей жизненно важных функций при условиях седации и проведения ИВЛ, и в конечном итоге выздоровление оперируемого больного.

Онкологические заболевания: в 2010 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 516 874 случая злокачественных новообразований. Прирост данного показателя по сравнению с 2009 г. Составил 2,4%. В 2011 г. в Российской Федерации выявлено 522 410 случаев злокачественных новообразований. Прирост данного показателя по сравнению с 2010 г. составил 1,1%.

В открытом 2012 г. онкологическом центре ОКБ с ноября 2012 г. по март 2013 г. проведено 108 операций онкологическим больным с различной патологией, которые требовали анестезиологического пособия с последующим наблюдением и лечением в отделении реанимации для онкологических боль-

ных. Уровень анестезиологического обеспечения (прежде всего аппаратура) в различных клиниках России отличается. В операционной онкологического центра имеется вся необходимая аппаратура позволяющая проводить анестезиологическое пособие на современном уровне и мониторинг жизненно важных функций организма. Но, наличие аппаратуры у врача, не имеющего опыта работы с ней, не позволит провести пособие без осложнений, необходимы навыки и умения работы с наиболее тяжелыми больными. С учетом открытого центра и специализированной реанимации для онкологических больных, наличия преимущественности операционного блока и реанимационного, мы решили провести исследования, целью которого явилась оценка эффективности анестезиолого-реанимационного обеспечения у больных онкологического профиля перенесших тяжелое оперативное вмешательство, как одного из критериев позволяющих профилактировать осложнения. Для достижения цели мы поставили следующие задачи: провести анализ предоперационной подготовки; оценить анестезиологический риск и функциональные параметры организма; проанализировать используемые дозы лекарственного анестезиологического обеспечения.

**Материалы и методы.** Работа проводилась в отделении анестезиологии и реаниматологии для онкологических больных ОКБ ХМАО, г. Ханты-Мансийск (2013 г январь-апрель). Анализируемые нами больные 10 с онкологическими заболеваниями (С-г нижней трети желудка Т3N0M0 2 ст.; С-г тела желудка Т1SН0M0; С-г кардиальной части желудка Т2N1H(0)M1 II стадия; Низкодифференцированная аденокарцинома желудка) были направлены на оперативное лечение. Все больны (n=10) были разделены на 2 группы: I – группа (n=5) - больные со средним анестезиологическим и операционным риском, II – группа (n=5) - больные с высоким анестезиологическим и операционным риском, по классификации степени риска операции и анестезии, рекомендованной Московским обществом анестезиологов и реаниматологов (1989) [5]. Данная классификация имеет два преимущества. Во-первых, она оценивает

## СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЕ НАУКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

как общее состояние пациента, так и объем и характер хирургического вмешательства, а также вид анестезии. Во-вторых, предусматривает объективную балльную систему с оценкой общего состояния, оценкой объема и характера операции, оценкой характера анестезии (табл. 1). В процессе проведения анестезиологического пособия и операционного вмешательства (каждые 5 мин) мониторировали (анализировали) следующие параметры: артериаль-

ное давление – АД (мм рт.ст.), частота сердечных сокращений - ЧСС (уд. в мин), центральное венозное давление – ЦВД (см вод.ст.), частоту дыхательных движений – ЧДД (в мин), сатурацию – (%). Мониторирование проводили с учетом стандарта [3,4] «О мерах по обеспечению безопасности больных во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии», № 161/ДМ-2 от 24 февраля 1997 г (табл. 2,3).

Таблица 1.

**Классификация степени риска операции и анестезии**

Оценка общего состояния		Оценка объема и характера операции		Оценка характера анестезии	
1		2		3	
Удовлетворительная	0,5 балла	Малые не полостные	0,5 балла	Местная	0,5 балла
Средней тяжести	1 балл	Простые полостные или сложные не полостные	1 балл	Регионарная, перидуральная или другие при спонтанном дыхании	1 балл
Тяжелое	2 балла	Обширные продолжительные операции	1,5 балла	Стандартный комбинированный интубационный наркоз (КИН)	1,5 балла
Крайне тяжелое	4 балла	Сложные операции на сердце и крупных сосудах без ИК, реконструктивные операции	2 балла	КИН в сочетании с другими видами анестезии и специальными методиками	2 балла
Терминальное	6 баллов	Операции с ИК и трансплантация	2,5 балла	КИН в сочетании с ИК, ГБО в комплексе с интенсивной терапией и реанимацией	2,5 балла

Таблица 2.

**Мониторимые показатели во время анестезии**

Показатели	Реализация
1	2
1. Нахождение анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста рядом с больным.	Постоянно
2. Измерение АД и частоты сердечных сокращений	Через каждые 5 мин
3. Электрокардиоскопический контроль	Непрерывно
4. Мониторинг оксигенации, вентиляции и кровообращения (клиническая картина, пульсоксиметрия, капнография, волюмоспирометрия и пр.)	Непрерывно
5. Контроль герметичности дыхательного контура при ИВЛ	Непрерывно
6. Контроль концентрации кислорода в дыхательной смеси	Непрерывно
7. Измерение температуры тела	При необходимости
8. Диурез	При необходимости

Таблица 3.

**Мониторимые показатели при проведении реанимации и интенсивной терапии:**

Показатели	Реализация
1	2
1. Нахождение анестезиолога-реаниматолога или медицинской сестры-анестезиста на посту	Постоянно
2. Измерение АД, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания	Не реже 1 раза в час
3. Электрокардиоскопический контроль	Непрерывно
4. Мониторинг вентиляции и кровообращения (клиническая картина, пульсоксиметрия, капнография, волюмоспирометрия и пр.)	Непрерывно
5. Контроль герметичности дыхательного контура при ИВЛ	Непрерывно
6. Контроль давления в дыхательном контуре при ИВЛ	Непрерывно
7. Контроль концентрации кислорода в дыхательной смеси	Непрерывно
8. Измерение температуры тела	Не реже 4 раз в сутки
9. Диурез	Каждый час

В процессе проведения анестезиологического пособия и дальнейшей пролонгированной ИВЛ использовали респираторы "Gedatexoxmedia Aisys", "Engstromcorestation" Simv-vc.

До пособия и операции и в течение 3-х дней после лечения оценивали показатели гемодинамики и дыхания (указанные выше) и данные ОАК: Hb (г/л), Ht (%), эритроциты ( $10^{12}/л$ ), тромбоциты ( $10^9/л$ ), лейкоциты ( $10^9/л$ ), СОЭ (мм/ч). Данные показатели были выбраны с учетом представленных выше норм обеспечения анестезии, контроля адекватного блокирования ноцицептивной системы спинного и головного мозга и возможности контроля ОЦК - уровня ЦВД, АД и ЧСС [1], насыщения кислородом крови (показатель адекватной вентиляции легких) которые в комбинации могут оценить качество проводимого анестезиологического пособия. Средние значения анализируемых показателей рассчитывались в программе Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования. Оценка состояния больного с запланированной операцией начиналась за сутки до операции с осмотра анестезиолога и подготовки больных к анестезиологическому пособию. Анестезиолог-реаниматолог проводил: 1. оценку функций органов и систем – осмотр полости рта и верхние дыхательные пути – анатомические особенности; общий статус по органам и системам. 2. оценку лабораторных исследований – ОАК (электролиты, сахар крови и т.д.); 3. оценку инструментальных исследований – ЭКГ и т.д. После оценки функций органов и систем, лабораторных и инструментальных исследований проводилась коррекция (назначение медикаментов) вегетативных реакций, коррекция гемодинамических показателей и метаболизма. В истории болезни описывался осмотр, терапия и определялся выбор анестезиологического пособия и его этапов (премедикации, индукции, поддержание анестезии) и определялся анестезиологический риск. Так как в статье имеются слова используемые, как правило, только у анестезиологов-реаниматологов и многие студенты не имеют знания по данным терминам мы постараемся их объяснить. Это необходимо и в связи с тем, что ниже в статье будут описаны этапы пособий используемых у анализируемых нами больных.

Анестезиологическое пособие – это комплекс мер по коррекции операционного стресса, это управление жизненно важными функциями во время операций, а также инвазивных методов исследования и неоперативных методов лечения. Анестезиолог-реаниматолог погружает оперируемого в сон, который обеспечивается двумя группами лекарственных препаратов: общими анестетиками (ингаляционные - энфлюран, севофлюран, изофлюран, десфлюран и внутривенные анестетики – каллип-

сол/кетамин и гипнотиками - натрия тиопентал, бензодиазепины (диазепам, мидазолам) и пропофол.

Аналгезия обеспечивается, во-первых, действием общих анестетиков, блокирующих центры ноцицепции, во-вторых, применением препаратов морфинного ряда (морфин, фентанил), блокирующих ноцицептивную систему спинного и головного мозга, и, в-третьих, регионарной и местной анестезией препаратами, называемыми местными анестетиками, нарушающими проведение импульсов по чувствительным нервным волокнам. Из представленного выше видно, что самую надёжную аналгезию гарантирует использование комбинации препаратов, относящихся ко всем трём группам. Премедикация - преднаркозная медикаментозная подготовка (гипнотик, анальгетик, атропин). Ее задачей является – повышение порога жизнеопасных рефлексов: нарушения сердечной деятельности, бронхоспазм, рвоты и т.д. Индукция, или вводный наркоз – это время от начала введения анестетика (или гипнотика) до достижения хирургической стадии наркоза.

Поддержание анестезии осуществляется введением больному анестетика (или комбинации гипнотика с нейролептаналгетиками, с местными анестетиками) и миорелаксанта, проведением ИВЛ. В этот период перед анестезиологом-реаниматологом стоит задача обеспечения всех компонентов анестезиологического пособия для адекватной коррекции операционного стресса (не допустить нарушения органного кровотока и нарушения функций жизненно важных органов). Данный этап совпадает с хирургической стадией классического наркоза, на фоне которой функции систем дыхания и кровообращения стабильны, а по параметрам приближены к дооперационному уровню. Продолжительность этапа поддержания анестезии сопоставима с продолжительностью операции. Последний этап анестезиологического пособия - выход из анестезии. К концу этого этапа в организме остается незначительное количество лекарственных вещества, введенных на предыдущих этапах. Временной промежуток метаболизма препаратов продолжительный, так же медленно возвращается нормализация функций жизненно важных систем. Приведенное выше, объясняет огромную ответственность анестезиолога-реаниматолога в период наркоза и операции.

Комбинация медикаментов и их доз - премедикация → поддержание анестезии, у исследуемых больных, выбиралась исходя из необходимости поддерживать адекватный уровень анестезии на всем протяжении операции с целью обеспечения стабильности функций органов и систем, решался в каждом отдельном случае, исходя из состояния больного и характера операции.

Препаратом для премедикации служил

атропин - 0,5 мг внутривенно, вводимый перед индукцией.

В исследуемой группе всем больным проводилась интубация трахеи - через рот. Основным наркозом была - комбинированная анестезия с использованием Sol. Phentanyli 0.005%, Sol. Ketamini 5%, Sol. Morphini hydrochloridi 1% и ингаляционного анестетика – севофлюрана (FiSev) подававшегося в дыхательные пути в объемных %. Из миорелаксантов использовался - Sol. Esmeroni который вводился дробно. Коррекция гемодинамических сдвигов проводилась с использованием: Sol. Mesatoni 0,05% вводимого дробно в зависимости от гемодинамических параметров - мл/час, кристаллоидов и коллоидов.

Динамика уровня средних значений анализируемых показателей в группе I – больных со средним анестезиологическим и операционным риском (продолжительность анестезиологического пособия в среднем составила 3 часа, продолжительность операций в среднем составила 2,5 часа).

Средний уровень артериального давления в группе больных со средним анестезиологическим и операционным риском до анестезиологического пособия (АДсист.  $129 \pm 1,0$ , АДдиаст.  $80 \pm 2,1$  мм рт.ст.), в период анестезиологического пособия (АДсист.  $120 \pm 1,4$ , АДдиаст.  $76 \pm 1$  мм рт.ст.) и послеоперационного периода был в пределах представленных значений, что говорит об адекватной анестезии и своевременной коррекции ОЦК, ЧСС – до анестезиологического пособия -  $83 \pm 2,1$  уд. в мин,  $70 \pm 1,5$ , соответственно и послеоперационного периода был в пределах представленных значений, ЦВД – до анестезиологического пособия  $4,6 \pm 0,3$  см вод.ст.,  $6,2 \pm 0,2$ , соответственно и послеоперационного периода был в пределах представленных значений, ЧДД (в период операции выставлялись физиологические значения частоты и объема дыхания), сатурация кислорода не ниже – 98-100 %.

В общем анализе крови: Hb – до анестезиологического пособия  $135 \pm 1,3$ , в период анестезиологического пособия  $119 \pm 1$  и в первые сутки после операционного периода  $122 \pm 1,2$  (г/л), Ht – в период анестезиологического пособия  $39,9 \pm 1,2$ ,  $36,3 \pm 0,2$ ,  $38,1 \pm 0,100$  (%), соответственно, эритроциты – до анестезиологического пособия  $4,73 \pm 0,006$ ,  $3,8 \pm 0,3$ ,  $4,3 \pm 0,2$  ( $10^{*12}/л$ ), соответственно, тромбоциты – до анестезиологического пособия  $250 \pm 2,4$ ,  $258 \pm 1,4$ ,  $254 \pm 2,6$  ( $10^{*9}/л$ ), соответственно, лейкоциты – до анестезиологического пособия  $8,1 \pm 0,24$ ,  $8,5 \pm 0,2$ ,  $8,3 \pm 0,23$  ( $10^{*9}/л$ ), соответственно, СОЭ – до анестезиологического пособия  $19 \pm 1,4$ ,  $29 \pm 1,45$ ,  $24 \pm 1,7$  (мм/ч).

Использование комбинированной анестезии в группе - Sol. Phentanyli 0,005% - от 8 до 10 мл, Sol. Ketamini 5% - от 2 до 4 мл, Sol. Morphini hydrochloride

1% - от 0,6 до 1 мл и Esmeroni – от мл, ингаляционного анестетика – Sevoflurani (FiSev 1,8- 1,7 об % EtSev 1,4 – 1,5 об %), и Mesatoni 0,05% -  $1^{*2}$  мл/час; своевременное восполнение объема кровопотери (в среднем по группе кровопотеря составила  $400 \pm 50$  мл) с проведением инфузии во время анестезиологического пособия кристаллоидами (400 мл) и коллоидами (400 мл) и пролонгированная ИВЛ –  $65,8 \pm 6,2$  часов позволила избежать изменений жизненно важных функций в период анестезиологического пособия и послеоперационный период. Температура тела за весь период анестезиологического пособия и операционного вмешательства у больных I группы была не ниже чем  $37^{\circ}C$ .

Динамика уровня средних значений анализируемых показателей в группе больных с высоким анестезиологическим и операционным риском (продолжительность анестезиологического пособия в среднем составила 4 часа 30 минут, продолжительность операций в среднем составила 4 часа). Средний уровень артериального давления в группе больных с высоким анестезиологическим и операционным риском до анестезиологического пособия (АДсист.  $143 \pm 3,1$ , АДдиаст.  $92 \pm 1,8$  мм рт.ст.), в период анестезиологического пособия (АДсист.  $139 \pm 1$ , АДдиаст.  $88 \pm 2,6$  мм рт.ст.) и послеоперационного периода был в пределах представленных значений, что говорит об адекватной анестезии и своевременной коррекции ОЦК, ЧСС – до анестезиологического пособия -  $88 \pm 3,1$  уд. в мин,  $98 \pm 1,5$ , соответственно и послеоперационного периода был в пределах представленных значений, ЦВД – до анестезиологического пособия  $3,8 \pm 0,3$  см вод. ст.,  $3,9 \pm 0,100$ , соответственно и послеоперационного периода был в пределах представленных значений, ЧДД (в период операции выставлялись физиологические значения частоты и объема дыхания), сатурация кислорода не ниже – 98-100 %.

В общем анализе крови в данной группе Hb – до анестезиологического пособия  $64 \pm 2$ , в период анестезиологического пособия  $62 \pm 1,5$  и в первые сутки после операционного периода  $64 \pm 2$  (г/л), Ht – в период анестезиологического пособия  $22,3 \pm 0,171$ ,  $18,8 \pm 0,15$ ,  $20,1 \pm 0,223$  (%), соответственно, эритроциты – до анестезиологического пособия  $1,76 \pm 0,021$ ,  $1,68 \pm 0,017$ ,  $1,7 \pm 0,2$  ( $10^{*12}/л$ ), соответственно, тромбоциты – до анестезиологического пособия  $133 \pm 2,1$ ,  $130 \pm 1,6$ ,  $138 \pm 1,8$  ( $10^{*9}/л$ ), соответственно, лейкоциты – до анестезиологического пособия  $6,8 \pm 0,23$ ,  $7 \pm 2$ ,  $6,9 \pm 0,100$  ( $10^{*9}/л$ ), соответственно, СОЭ – до анестезиологического пособия  $40 \pm 1,4$ ,  $42 \pm 2,4$ ,  $38 \pm 1,2$  (мм/ч).

Использование комбинированной анестезии - Sol. Phentanyli 0.005% - от 10 до 16 мл., Sol. Ketamini 5% от 4 до 6мл., Sol. Morphini hydrochloride 1% - 1мл.,

Sol. Promedoli 2% - 2мл., Sol. Esmeroni который вводился дробно, ингаляционного анестетика – Sevoflurani FiSev 1.8- 1.7 об % EtSev 1.4 – 1.5 об %, и Sol. Mesatoni 0.05% - 1\*2\*3\*3.5\*2 мл/час, Sol. Dofamini - 0.05% - 1 – 2 – 3 – 2 – 0.5 мм/час, Sol. Propofoli 1% - 500мг; своевременное восполнение объема кровопотери (в среднем по группе кровопотеря составила  $900 \pm 100$  мл) с проведением инфузии во время анестезиологического пособия кристаллоидами (400 мл) и коллоидами (400 мл) и пролонгированная ИВЛ (более 3 суток) позволила избежать изменений жизненно важных функций в период анестезиологического пособия и послеоперационный период.

Температура тела за весь период анестезиологического пособия и операционного вмешательства у больных II группы была не ниже чем  $37^{\circ}\text{C}$  и достигалась согреванием больного в период операции и пособия, проведение инфузии растворами не ниже  $37^{\circ}\text{C}$  и подачей газовой смеси определенной температуры.

**Обсуждение.** Учитывая ключевое слово названия нашего исследования – профилактика осложнений необходимо провести обсуждение полученных нами результатов и актуализировать для студентов, значимость последовательных действий анестезиолога-реаниматолога в оценке риска и подготовки к анестезиологическому пособию. К осложнениям анестезиологического пособия первого этапа можно отнести потерю управления жизненно важными функциями (может быть связана с механизмом действия введенных в премедикацию лекарственных препаратов, аллергическими реакциями, рефлекторные реакции (на введение ларингоскопа и интубационной трубки) – нарушения сердечного ритма, ларинго- и/или бронхоспазм с нарушением вентиляции лёгких, рвота или регургитация с последующей аспирацией желудочного содержимого. Профилактика данных осложнений была нивелирована использованием в премедикации адекватных доз атропина, гипнотика – калипсола и фентанила. Благодаря чему проводимая интубация не приводила к возникновению осложнений. Адекватное снижение мышечного тонуса достигалось введением миорелаксанта эсмерона в I и II группе от 50-100 мг и от до 100-140 мг соответственно группам.

Осложнения третьего этапа анестезии могут быть связаны с декомпенсацией жизненно важных функций, которое может возникнуть, например, при нарушении подачи объемных процентов кислорода

в дыхательной смеси. Данную стабильность в наших исследованиях мы можем подтвердить измерения уровня сатурации кислорода (насыщения) капиллярной крови которые были в пределах 98-100 % у I группы и 96-98 % во II группе, адекватным выбранным объемом дыхательной смеси -  $V_t - 450, \text{ml}$ ; частотой -  $f - 16$  в мин и  $FiO_2 - 0,5$ . Адекватная анестезия (фентанил, севофлюран и в некоторых случаях введение промедола) в данный период подтверждалось стабильным медикаментозным угнетением сознания и стабильностью гемодинамических показателей – АД, ЧСС, ЦВД. Одним из важных моментов профилактики гипоксических повреждений в органах является своевременное восполнение ОЦК, которое проводилось по оценке операционной кровопотери и в некоторых случаях проводилось с предупреждающим восполнением.

Осложнения четвёртого этапа анестезиологического пособия были профилактированы полностью, так как все больные после оперативного лечения были переведены на продленную ИВЛ и мониторинг жизненно важных функций в палату реанимации.

**Выводы.** Оценка эффективности анестезиолого-реанимационного обеспечения у больных онкологического профиля с операционным и анестезиологическим риском средней и высокой степени показала возможность профилактики осложнений благодаря оценке риска, комплексной предоперационной подготовки, премедикации и анестезии, своевременной медикаментозной коррекции и пролонгированному ИВЛ.

### Литература

1. Горбашко А. И. Диагностика и лечение кровопотери: (руководство для врачей). – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
2. Горобец Е.С. Эффективное анестезиолого-реанимационное обеспечение — фундамент современной онкохирургии / Е.С. Горобец, И.В. Нехаев, С.В. Ломидзе // Вестник РАМН. - 2011. - № 12. - С. 40-46.
3. Зислин Б.Д., Чистяков А.В. Мониторинг дыхания и гемодинамики при критических состояниях / Б.Д. Зислин, А.В. Чистяков. – Екатеринбург: Сократ, 2006. – 336с.
4. Протоколы, стандарты в анестезиологии – реаниматологии и интенсивной терапии: Учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей: В 2т. Т. 1. / Под ред. А.А. Сависько. Ростов н/Д: ЗАО «Книга». – 512с.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ «О мерах по обеспечению безопасности больных во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии», № 161/ДМ-2 от 24 февраля 1997 г.

\*\*\*

ОТНОШЕНИЕ К ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОЙ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ  
(проспективное 8-летнее наблюдение)

*Терентьева Е.А., Таралло Е.Ф.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии*

Научные руководители:

Абдурасулов К.Д. - к.м.н., с.н.с.,

Акимов С.И. – к.м.н., доцент

Согласно статистическим данным в России (как и других государствах СНГ) сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре общей смертности населения. На их долю приходится 40,8% всех случаев смертей. Ежегодно от болезней системы кровообращения умирают более 545,162 мужчин и 686,211 женщин [1,2,3]. Особую тревогу вызывает то обстоятельство, что согласно данным регионального бюро ВОЗ, по стандартизованному показателю смертности от ИБС и мозгового инсульта Россия занимала первое место в Европе [2, 4,5,6]. К сожалению, тенденция к снижению смертности от мозговых инсультов и ИБС в стране пока не регистрируется.

По признанию ВОЗ в настоящее время 80% всех сердечно-сосудистых смертей приходится на долю развивающихся стран, что должно приниматься во внимание при определении стратегии и приоритетных направлений развития здравоохранения в этих странах, включая и Россию.

Следует отметить, что основной вклад в смертность от болезней системы кровообращения вносят такие распространенные и социально-значимые заболевания, как артериальная гипертензия, дислипидемии, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания. Данные заболевания, поражая в большей степени людей относительно молодого и среднего возраста, не только определяют основную смертность населения страны, но и являются причиной преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации людей, нанося существенный экономический ущерб государству.

Одновременно сложность осуществления мер профилактики состоит в том, что эпидемиология и пути формирования этих заболеваний не полностью ясны, а так называемые факторы риска, с которыми связано их развитие, в основном обусловлены существующим образом жизни людей и потому трудноустраняемы.

Вопрос о здоровье населения сегодня стоит очень остро, и практическое здравоохранение само-

стоятельно не в состоянии решить эту важнейшую проблему. Имеются различные расчеты, но все они по существу сводятся к одному: на состояние здоровья на 50% влияет образ жизни, на 20% - наследственность, на 22% - состояние окружающей среды, а на 8-10% - состояние здравоохранения. Поэтому чрезвычайную важность приобретают не только знания, убежденность населения в необходимости здорового образа жизни, но и превращение его в норму существования человека, коллектива, общества в целом.

**Целью** настоящего исследования явилось проспективное изучение (через 8 лет) особенностей отношения к вопросам здоровья студентов Ханты-Мансийской государственной медицинской академии (ХМГМА).

**Материалы и методы исследования.** Для изучения уровня информированности о здоровом образе жизни организованной популяции студентов ХМГМА проведен анкетный опрос 197 человек в возрасте 17-20 лет обоего пола в 2005 г и 100 человек аналогичного возраста и пола через 8 лет. Лицам, участвовавшим на анкетирование, было предложено ответить на вопросы самозаполняемой анкеты. При этом не применялось мер принуждения к заполнению анкеты, и исследователи не контролировали качество ее заполнения. Из 297 возвращенных анкет анализу было подвергнуто 268 (90,2 %), так как в остальных отсутствовали ответы более чем на 50% вопросов.

Разработанные нами опросники включали оценку следующих параметров:

- 1) самооценка здоровья в целом;
- 2) установка на здоровый образ жизни;
- 3) отношение к профилактике основных ХНИЗ;
- 4) осведомленность о факторах риска ХНИЗ;
- 5) источники получения санитарно-просветительной информации;
- 6) знание своих основных антропологических показателей. Опрос среди организованной

популяции студентов ХМГМА проводился на основе метода, примененного в международной программе KRIS [7,8,9]. Статистическая обработка полученных данных проводилась методами, принятыми в медицинских и биологических исследованиях с помощью пакета прикладных программ Statistica.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенный нами опрос в 2005 г. 168 студентов ХМГМА показал, что 9,5% опрошенных не осведомлены о возможности предупреждения сердечно-сосудистых, 10,7% - бронхолегочных и 34,5% - онкологических заболеваний, 14,8% из них не знает о возможности предупреждения желудочно-кишечных заболеваний, а 22,6% - заболеваний печени и 20,2% - желчного пузыря. Проспективное изучение показало, что только 15% опрошенных не осведомлены о возможности предупреждения онкологических заболеваний, а число лиц не осведомленных о возможности профилактики сердечно-сосудистых, бронхолегочных, заболеваний органов пищеварения и болезней печени и желчного пузыря уменьшились до минимума. Добавим, что примерно одинаковое количество опрошенных (соответственно 23,2% и 21%) за последние 6 месяцев не получали какой либо информации на санитарно-гигиеническую тему и не читали каких либо брошюр, памяток и других публикаций, посвященных данному вопросу. Опрос студентов также показал, что литература санитарно-просветительного характера доступна лишь каждому 2 студенту. Анализ показал, что (соответственно 5,9% в 2005 г. и 23% через 8 лет) студентов не знают уровня своего АД, а процент лиц, ни разу не измерявших АД за последние 6 месяцев уменьшились соответственно с 7,7% до 0%.

Что касается осведомленности студентов ХМГМА о своих основных антропологических показателях, то результаты опроса, показали, что большинство опрошенных знают свой рост и вес (соответственно 94% и 92,9%). Уровень АД знали примерно одинаково часто (соответственно 75,6% в 2005 г. и 77% через 8 лет), а уровень холестерина соответственно 6,5% и 8% и сахара крови знало примерно 16,6% и 8% опрошенных. Результаты опроса свидетельствуют, что в 2005 г. 50,6% и через 8 лет 71% опрошенных никогда не курили, а соответственно 59% и 85% никогда не придерживались диеты. Только 16% опрошенных в 2005 г. и 7% после 8 лет окончательно бросили курить, а 17,8% опрошенных в 2005 г. соблюдали диету, тогда как через 8 лет число лиц соблюдавших диету уменьшились до минимума. Во время обращения студентов за медицинской помощью лишь 53% в 2005 г. и 39% врачей через 8 лет проводят беседы по профилактике заболеваний. Данные опроса свидетельствуют, что не многие из опрошенных могут считаться полностью здоровыми, причем (соответственно 64,9% в 2005 г. и 48% через 8 лет) опрошенных студентов имеют

жалобы на здоровье. Среди них (соответственно 7,1% в 2005 г. и 16% через 8 лет) студентов относятся к высокому уровню здоровья, средний уровень здоровья оказался присущ (соответственно 32,1% в 2005 г. и 57% через 8 лет) студентов, низкий уровень выявлен у 43,5% в 2005 г. и 24% через 8 лет, а крайне низкий уровень здоровья обнаружен у 17,3% в 2005 г. и 3% через 8 лет студентов.

Таким образом, у обследуемой когорты студентов по прежнему преобладает низкий уровень здоровья, по-видимому, это связано как с социальными, так и личностными свойствами. Однако поражает тот факт, что лишь 39,9% в 2005 г. и 67% через 8 лет наблюдения студентов считают здоровье самым главным в жизни и готовы решительно отказаться от вредных привычек с целью сохранения и укрепления здоровья. Следовательно, к здоровью большая часть студентов относиться безответственно. Данные опроса студентов, касающиеся доступности врача, для консультации показали, что возможность студентов получить необходимую консультацию в свободное для них время составляет одинаково часто 26,8% в 2005 г. и 30% через 8 лет, при этом 50,6% в 2005 г. и 53% через 8 лет студентов не всегда могут попасть к врачу. Результаты опроса обнаружили и очень низкую медицинскую активность студентов. Так, только 6,5% в 2005 г. и 5% через 8 лет опрошенных студентов регулярно проверяются у врача, а 79,8% в 2005 г. и 77% через 8 лет обращаются к врачу при болезни. Число лиц, считающих свое здоровье лучше, чем у сверстников, составило 17,8% в 2005 г. и 25% через 8 лет. Что касается информации санитарно-гигиенического характера, то интерес к ней у студентов падает. Так, 23,2% в 2005 г. и 21% через 8 лет опрошенных ни разу не читали и не слушали информацию санитарно-гигиенического характера за последние 6 месяцев, тогда как число лиц, считающих, что им легко приобрести литературу санитарно-просветительного характера, составляет 59,5% в 2005 г. и 66% через 8 лет. Одновременно следует отметить, что 20,2% в 2005 г. и 34,3% через 8 лет опрошенных затрудняются в приобретении литературы санитарно-просветительного характера.

### Выводы:

1. Уровень информированность студентов ХМГМА о профилактике основных хронических неинфекционных заболеваний через 8 лет в целом остается высоким.
2. Интерес к литературе санитарно-просветительского характера заметно снижен.
3. Отмечается низкий удельный вес студентов, считающих здоровье самым главным в жизни и готовых отказаться от всех вредных привычек.
4. Доступность консультаций врача недостаточна.



5. Проспективное (8 летнее) изучение показало, что существенно падает активность врачей в проведении бесед по предупреждению болезни и методах профилактики ее прогрессирования, а центру медицинской профилактики необходимо апробировать и внедрять популяционные и групповые скрининговые и профилактические программы.

### Литература

1. Оганов Р.Г. Первичная профилактика ишемической болезни сердца. М.: Медицина, 1990.- 160 с.
2. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения //Кардиоваск. тер. и профилактика.- 2002.- № 1.- С. 5-9.
3. Kannel W.B. Overall coronary disease mortality rates in relation to major risk factors in 325-348 men screened for MRFIT // American heart journal.-1990.- № 112.- P.825-836.
4. Holland W.W. Screening in health care: benefit or bane? London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1990.
5. Mant D. Mass screening: theory and ethics.// British medical journal.- 300: 916-918 (1990).
6. Dobrossy L. Профилактика через первичное здравоохранение.- 2003 (WHO, Европейское региональное бюро, Копенгаген)- 168 с.
7. Глазунов И.С. Методическое оснащение популяционных исследований и программ по эпидемиологии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний // Тер. Архив.- 1985.- № 11.- С. 142-146.
8. Health in Europe. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 1994 (WHO, Regional Publications, European Series, №56).
9. The Kaunas Rotterdam Intervention Study // Ed. J.S. Glasunov, Amsterdam, 1981.- p. 107.



### ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМПОНЕНТОВ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

**Тохиров Э.Э.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Курс реанимации, интенсивной терапии и экстремальной медицины при кафедре госпитальной хирургии*

Научный руководитель:

Яцинюк Б.Б. - к.м.н., доцент

**Актуальность.** В последние годы увеличивается число больных с хроническими заболеваниями печени и наблюдается рост печеночной энцефалопатии [1,7,8]. Частота выявления клинически манифестной печеночной энцефалопатии при циррозе печени различной этиологии составляет около 30-45%. В настоящее время уровень смертности при развитии печеночной недостаточности (ПН) остается высоким и достигает 90%, несмотря на современные достижения интенсивной терапии [7].

Печеночной недостаточностью называют синдром, объединяющий комплекс потенциально обратимых неврологических и психоэмоциональных нарушений, которые возникают в результате острых или хронических заболеваний печени и/или портосистемного шунтирования крови [7]. Выраженность нейropsychических симптомов ПЭ колеблется от легких стадий до глубокой комы. Симптомы ПЭ определяются клинически и охватывают изменения сознания, интеллекта, поведения и мышечных нарушений. Основным критерием для определения стадии ПЭ является состояние сознания [1,7,]. В патогенезе печеночной энцефалопатии (повреждение астроглии и повышение проницаемости гематоэнцефалитического барьера, изменение активности ионных каналов, нарушение нейротрансмиссии, церебрального энергетического обмена), по мимо нейротоксинов (фено-

лы и другие) ключевую роль отводят аммиаку, который повышает чувствительность головного мозга к воздействию других провоцирующих факторов [7,8]. В последние годы препараты различных групп (антагонисты альдостерона, вазопрессин, L-аспартат бензоат натрия, фенилацетат, бромкриптин, флумазенил, аминокислоты с разветвленной цепью) направленные на различные звенья патогенетического механизма ПЭ включают в терапию восстановления печеночной функции, уменьшения степени портальной гипертензии, стимулирования обезвреживания аммиака и связывания эндогенных нейротоксинов [1]. Однако данных по использованию лактулозы с оценкой течения первой и второй стадий ПЭ в доступной нам литературе [1,2,3,5,7,10,11] мы не встретили. Имеются данные об эффективности использования лактулозы при алкогольной болезни печени в работе B. Als-Nielsen et al. (2004), но оценка препарата по клиническому регрессу стадий не проводилась. Учитывая это, целью нашего исследования является оценка течения клинических проявлений печеночной энцефалопатии (1-2 стадия) у алкоголизирующихся больных в зависимости от использования компонентов интенсивной терапии, а в частности – применения стандартной терапии и терапии с включением препарата - лактулозы.

**Материалы и методы.** С целью оценки эффективности терапии ПЭ, направленной на лечение основного заболевания и уменьшение содержания аммиака в организме, мы провели анализ (2012 г) лечения 20 больных с ПЭ алкогольного генеза 1 и 2 стадии в ХМПНД, г. Ханты-Мансийска. У данных больных находившихся в реанимационном отделении для неотложной помощи наркологическим и токсикологическим больным проводился анализ комплекса терапевтических мероприятий в 4-х группах (n=20) с последующим сопоставлением течения клинических проявлений. Клинические проявления у больных мы оценивали исходя из классификации Международной ассоциации по изучению болезней печени (Брайтон, Великобритания, 1992) – 1-2 стадия печеночной энцефалопатии (психический статус, двигательные нарушения), классификации С.Д. Подымовой (1998) и О.Н. Минушкину и соавт., (2001) [6,7]. Нарушение биохимических параметров крови в течение 7 дней (в данный период наблюдается выраженная клиническая симптоматика со стороны ЦНС и биохимических показателей крови). Необходимо отметить, что для алкогольной ПЭ характерно отсутствие специфических клинических симптомов или патогенетических особенностей, что затрудняет ее диагностику [1] и в диагностическом значении имеет превалирует оценка комбинации клинических симптомов. По этому, для нашего исследования (оценки анализируемых показателей) мы выбрали две классификации (классификацию Международной ассоциации и классификацию Подымовой) позволяющих комплексно оценить клиническую симптоматику стадий печеночной энцефалопатии. В наших исследованиях мы не проводили дифференциальную диагностику ПЭ, так как у всех анализируемых больных анамнестически определялось длительное злоупотребление алкоголем (больные с вирусными гепатитами в анамнезе и другими заболеваниями печени не включались в группу исследования).

В группу I (n=5) вошли больные, получавшие стандартную терапию лечения алкогольной болезни, при развитии печеночной энцефалопатии 1 стадии (Приказ МЗ РФ № 140 от 28.04.98 «Стандарт диагностики и лечения острой алкогольной интоксикации тяжелой степени»). Во II группу (n=5) вошли больные, получавшие препарат (лактолоза в суточной дозе 45 мл) [Минуш Маевская М.В.] как дополнение к терапии лечения алкогольной болезни, при развитии печеночной энцефалопатии 1 стадии. В группу III (n=5) вошли больные, получавшие стандартную терапию лечения алкогольной болезни, при развитии печеночной энцефалопатии 2 стадии, а в IV группу (n=5) вошли больные получавшие препарат (лактолоза в суточной дозе 45 мл) как дополнение к терапии лечения алкогольной болезни, при развитии печеночной энцефалопатии 2 стадии. При оценке течения клиники у больных с алкогольной болезнью ослож-

ненной печеночной энцефалопатией анализировали динамику симптомов - нормализация (сна, речи, координации движений), уровня сознания (синдрома нарушения сознания); биохимических показателей по В.В. Долговой и соавт., (2012) сыворотки крови (глюкозу (моль/л), лактат (моль/л), общий белок (г/л), АлАТ (ЕД/л), АсАТ (ЕД/л), общий билирубин (мкмоль/л), мочевины (ммоль/л)). Предпосылкой включения препарата (лактолоза) в наше исследование, прежде всего, явилось его наличие в клинике и механизм его действия, направленный на восстановление функции печени [5].

**Результаты.** Клиническими критериями, которые определяют развитие у больных ПЭ по литературным данным [1,7] являются: анамнез, клинические проявления (объективные данные) и биохимические изменения крови. Для понимания течения состояния больных мы приводим дефиницию понятий – печеночная энцефалопатия – обратимое нарушение психомоторной, интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой функции мозга вследствие метаболических нарушений, развивающихся в исходе острых или хронических поражений печени. Алкоголь – гепатотоксин, метаболизм которого (при длительном и чрезмерном употреблении) вызывает нарушение функции печеночных клеток. Прогностическая значимость алкогольного гепатита определяется степенью сопровождающего фиброза (ацетальдегид стимулирует образование каллогена приводя к фиброзированию) и некроза печеночных клеток [7]. Препарат – лактулоза (неабсорбируемый дисахарид), использовался нами с целью снижения всасывания аммиака, который после приема внутрь расщепляется в толстой кишке на молочную и уксусную кислоты, что приводит к изменению рН содержимого в кишечнике (к более ацидотической среде) и способствует связыванию аммиака, с одной стороны, а с другой усилению моторной функции кишечника и удалению аммиака.

В I группе улучшение психического статуса (нормализация сна, речи и координации движений) отмечена к концу 4-х суток. При поступлении уровень общего белка -  $58 \pm 3,2$  г/л, АлАТ -  $78 \pm 3,6$  ЕД/л, АсАТ -  $74 \pm 2,9$  ЕД/л. Наблюдалась гипербилирубинемия -  $45 \pm 2,4$  мкмоль/л и повышение мочевины до  $26 \pm 2,0$  ммоль/л, лактата до  $3,2 \pm 0,5$ , ммоль/л и снижение глюкоз до  $3,1 \pm 0,2$ , моль/л, с улучшением показателей к концу 6-х суток - общий белок -  $67 \pm 2,6$  г/л, АлАТ -  $64 \pm 3,2$  ЕД/л, АсАТ -  $60 \pm 2,4$  ЕД/л. Наблюдалась снижение гипербилирубинемии -  $27 \pm 1,3$  мкмоль/л, мочевины -  $14,2 \pm 0,6$  ммоль/л, лактата -  $1,7 \pm 0,2$  моль/л и стабилизация уровня глюкоз до  $4,0 \pm 0,2$  моль/л.

Во II группе больных получавших лактулозу с момента поступления в отделение реанимации в суточной дозе 45 мл уровень общего белка на момент поступления в клинику был в пределах  $56 \pm 3,0$  г/л,

АлАТ -  $79 \pm 2,8$  ЕД/л, АсАТ -  $76 \pm 3,1$  ЕД/л. Наблюдалась гипербилирубинемия -  $47 \pm 2,0$  мкмоль/л и повышение мочевины -  $29 \pm 2,6$  ммоль/л, лактата -  $3,1 \pm 0,4$  моль/л и снижение глюкоз до  $2,9 \pm 0,3$ , моль/л, с улучшением показателей к концу 6-х суток - общий белок -  $78 \pm 2,2$ , г/л АлАТ -  $56 \pm 1,9$  ЕД/л, АсАТ -  $52 \pm 2,2$  ЕД/л. Наблюдалась снижение гипербилирубинемии -  $22 \pm 0,4$  (мкмоль/л), мочевины -  $10,1 \pm 0,4$  ммоль/л, лактата -  $1,6 \pm 0,03$  моль/л и стабилизация уровня глюкоз до  $4,0 \pm 0,2$  моль/л.

Нормализация сна, речи и координации движений в III группе отмечена к концу 6-х суток. При поступлении в группу среднее значение уровня общего белка -  $52 \pm 3,2$  г/л, АлАТ -  $76 \pm 2,6$  ЕД/л, АсАТ -  $72 \pm 2,9$  ЕД/л. Наблюдалась гипербилирубинемия -  $88 \pm 2,4$  мкмоль/л и повышение мочевины до  $31 \pm 2,0$  ммоль/л, лактата до  $3,7 \pm 0,5$  ммоль/л и снижение глюкоз до  $2,4 \pm 0,2$  моль/л, с улучшением показателей к концу 6-х суток - общий белок  $64 \pm 2,6$  г/л, АлАТ -  $68 \pm 3,2$  ЕД/л, АсАТ -  $65 \pm 2,4$  ЕД/л. Наблюдалась снижение гипербилирубинемии до  $34 \pm 1,0$  мкмоль/л, мочевины до  $18,3 \pm 0,7$ , ммоль/л, лактата до  $1,9 \pm 0,2$ , моль/л и стабилизация уровня глюкоз до  $3,0 \pm 0,2$ , моль/л.

В IV группе больных получавших лактулозу с момента поступления в отделение реанимации в суточной дозе 45 мл уровень общего белка на момент поступления в клинику был в пределах  $53 \pm 3,0$  г/л, АлАТ -  $78 \pm 2,8$  ЕД/л, АсАТ -  $76 \pm 2,8$  ЕД/л. Наблюдалась гипербилирубинемия -  $87 \pm 2,0$  мкмоль/л и повышение мочевины до  $32 \pm 2,1$  ммоль/л, лактата до  $3,8 \pm 0,6$  моль/л и снижение глюкоз до  $2,3 \pm 0,4$  моль/л, с улучшением показателей к концу 6-х суток - общий белок -  $68 \pm 1,4$  г/л, АлАТ  $52 \pm 1,2$  ЕД/л, АсАТ  $56 \pm 2,2$  ЕД/л. Наблюдалась снижение гипербилирубинемии до  $28 \pm 0,6$  мкмоль/л, мочевины до  $13,2 \pm 0,5$  ммоль/л, лактата до  $1,7 \pm 0,08$  моль/л и стабилизация уровня глюкоз до  $3,5 \pm 0,1$ , моль/л.

Критериями оценки качества проводимой с включением лактулозы в терапию ПЭ являлись улучшение клинического состояния больного (нормализация сна, речи, координации движений) и биохимических показателей сыворотки крови (общий белок, АсАТ, АлАТ, общий билирубин, мочевина, глюкоза, лактат), что согласуется с данными литературы [5,9]. Наблюдаемое снижение цитолитических ферментов – АлАТ и АсАТ, общего билирубина может свидетельствовать об уменьшении нагрузки эндотоксинов (аммиака) на клетки печени, улучшение состояния ее паренхимы, тем самым уменьшая некроз печеночных клеток. Показатели белкового обмена, при введении в терапию лактулозы, показали увеличение общего белка крови, что может говорить о повышении синтеза белка, а снижение мочевины об увеличении его утилизации, улучшения почечной перфузии и адекватного восполнения ОЦК. Снижение лактата может свидетельствовать о нормализации кислотно-щелочного состояния крови (наклон-

ность к ацидозу в результате накопления продуктов метаболизма, в том числе и продуктов метаболизма алкоголя), уменьшения гипоперфузии тканей в результате улучшения реологических свойств крови.

Учитывая приведенные данные можно сделать определенные обоснования введения лактулозы в комплексную терапию лечения алкогольной болезни осложнившейся печеночной энцефалопатией. Прежде всего, благодаря описанному в литературе [1,7,10] ее механизма действия, а именно снижения всасывания аммиака, путем изменения рН содержимого в кишечнике, возникновения ацидотической среды, и способности связывания аммиака, усилению моторной функции кишечника при изменении рН - удаление аммиака из организма. Тем самым происходит прерывание (или ослабление) одного из патогенетических факторов, приводящих к возникновению ПЭ – снижение уровня аммиака, и определяющих тяжесть (стадию) ПЭ.

**Вывод.** Целесообразность применения препарата - лактулоза при лечении алкогольной болезни осложнившейся печеночной энцефалопатией подтверждается более быстрым регрессе клинических симптомов и синдрома нарушения сознания, биохимических параметров крови.

#### Литература

1. Арбатская М.Д., Елизарова Н.А., Минушкин О.Н. Короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК) и возможность использования их изучения в диагностике энцефалопатии различного генеза. Клиническая медицина. 2003; 12; 55-9.
2. Буеверов А.О., Маевская А.В. Особенности течения и подходы к терапии различных вариантов печеночной энцефалопатии, Трудный пациент. 2006; 10: 12-9.
3. Маевская М.В. Применение лактулозы в клинической практике: механизмы действия и показания. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000; 5; 21-5.
5. Минушкин О.Н., Ардатская М.Д., Елизарова Н.А. Короткоцепочечные жирные кислоты в диагностике печеночной энцефалопатии и оценке эффективности препарата лактулозы (Дюфалака). Клинич. фармакология и терапия 2001; 10 (5): 9-13.
6. Минушкин О.Н., Ардатская М.Д., Елизарова Н.А. Патентное изобретение «Способ дифференциальной диагностики энцефалопатий» №2231067 приоритет от 05-112002.
7. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врача. 1998.
8. Яцинюк Б.Б., Васильев А.И., Ирлицина И.Я., Яцинюк С.К. Состояние после длительного употребления алкоголя как патогенетически обоснованный диагноз. Алкогольная болезнь (ВИНИТИ РАН) 2001. № 11. - С. 7-8.
9. Basaranoglu M., Sonsuz A., Senturk P. et al. The low incidence of primary liver disease in patients with nonalcoholic steatohepatitis // J. Hepatology. - 2001. - Vol. 35, N 5. - P. 684-685.
10. Bianchi L. Liver biopsy in elevated liver function tests? An old question revisited // J. Hepatology. - 2001. - Vol. 35, N 2. - P. 290-295.
11. Mensenkamp A. R., Havekes L.M., Romijn F. et al. Hepatic steatosis and very low density lipoprotein secretion: the involvement of apolipoprotein E // J. Hepatology. - 2001. - Vol. 35, N 6. - P. 816-823.

# Секция «Клинические науки хирургического профиля»



\*\*\*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА С ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

<sup>2</sup>Астраханцева И.Д., <sup>1</sup>Мамедова С.И., <sup>1</sup>Урванцева И.А.

г. Сургут, Россия

<sup>1</sup>БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер  
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
Медицинский институт

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности лиц трудоспособного возраста. Неотъемлемой составляющей частью современного лечения ИБС является операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ). Расширение показаний к АКШ привело к тому, что в структуре заболеваемости среди кандидатов на операцию увеличился процент больных с тяжелой сопутствующей патологией: сахарным диабетом, злокачественным течением артериальной гипертензии (АГ) с поражением органов-мишеней, мультифокальным атеросклерозом, цереброваскулярной болезнью. Кроме того, среди пациентов, подвергаемых хирургическому лечению ИБС, возрастает доля пожилых больных.

**Цель исследования:** представить клинико-инструментальную характеристику и частоту послеоперационных осложнений у пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда с длительной продолжительностью стационарного лечения.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда в окружном кардиологическом диспансере «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургута за 2012 г. Всего в исследование были включены данные 34 пациентов (24 (70,6%) мужчин, 10 (29,4%) женщин) после плановой операции аорто-коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения, длительность стационарного лечения которых превысила 17 дней, составив в среднем 27,6 8,0 дней. Средний возраст пациентов составил 57 9,1 лет.

Использованы аналитический, статистический методы. Данные представлены в виде абсолютных цифр и частоты в %.

**Результаты.** Для пациентов, подвергнутых хирургической реваскуляризации миокарда, характерна высокая частота факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых лидирующие позиции занимают атерогенная дислипидемия (64,7%), избыточная масса тела и ожирение (38,2%), курение (26,5%). У всех обследованных кроме основной патологии отмечены сопутствующие заболевания (от 2 до 6 у каждого). Так, у подавляющего большинства пациентов (91,0%) выявлена артериальная гипертензия, у 47,0% (16) диагностирован раннее перенесенный инфаркт миокарда, сахарный диабет в анамнезе имели 23,5% (8) больных, нарушение мозгового кровообращения в прошлом перенесли 14,7% (5) пациентов, мультифокальный атеросклероз был выявлен у 14,7% (5) больных, нарушение ритма сердца в анамнезе имели 8,8% (3) больных. При оценке эхокардиографических показателей в раннем послеоперационном периоде сократительная способность миокарда левого желудочка была несколько снижена и составила 49,8 7,1%, что является прогностически неблагоприятным показателем. При анализе частоты осложнений у 85,3% пациентов в послеоперационном периоде были зафиксированы различные изменения. Так, среди них наиболее частым был гидроторакс (73,5%), далее в порядке убывания выявлялись нарушения ритма сердца (44,1%), послеоперационная анемия (41,2%), гидроперикард (20,0%), острое нарушение мозгового кровообращения (8,8%), острые язвы желудка и двенадцатиперст-

ной кишки (8,8%), реактивный психоз (5,8%), гипокоагуляционное кровотечение (2,9%).

**Выводы:** Таким образом, у подавляющего большинства пациентов после хирургической ревазкуляризации миокарда с длительной продолжительностью стационарного лечения ведущим факто-

ром риска являлась атерогенная дислипидемия (64,7), из сопутствующей патологии наиболее часто имела место артериальная гипертония (91,0%), и у 85,3% пациентов зафиксированы послеоперационные осложнения, самым частым из которых был гидроторакс (73,5%).

\*\*\*

### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ (ПО МАТЕРИАЛАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СУРГУТСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)

**Асумаев Ш.Д.**

г. Сургут, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель:

Ильканич А.Я. - д.м.н., профессор

В структуре острой хирургической патологии острый аппендицит является наиболее часто встречающимся заболеванием [2-4, 8]. Первая аппендэктомия была выполнена Claudius Amyand в 1735 году в Англии, а в России в 1890 году червеобразный отросток впервые удалил А.А. Троянов. С тех пор, и на протяжении полутора веков экстренная операция является стандартом хирургического лечения острого аппендицита.

За последние 10-15 лет количество операций по поводу острого аппендицита уменьшилось на 30-40%. Это связано, в первую очередь, с внедрением новых методов диагностики, таких как: УЗИ органов брюшной полости, лапароскопии, компьютерной томографии и пр. [3-5]. Тем не менее, число аппендэктомий составляет не менее 20-40% среди всех экстренных оперативных вмешательств, выполняемых в общехирургических стационарах [1, 4, 5].

Несмотря на улучшение диагностики, летальность при остром аппендиците за последние десятилетия не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем по России 0,12% [3]. В ряде случаев это связано с поздней обращаемостью за медицинской помощью, иногда с ошибками диагностики и/или тактике лечения.

Дискутабельным является вопрос, касающийся целесообразности проведения хирургического вмешательства при остром катаральном, не деструктивном, простом аппендиците. Большинство авторов считают проведение операции при данной морфологической форме неоправданным, а саму операцию диагностической ошибкой [2-4]. Более широкое использование в клинической практике

эндоскопических методов исследования должно изменить ситуацию [7, 9].

В связи с этим вопросы улучшения диагностики, выбора оптимальной тактики ведения больных с подозрением на острый аппендицит, уменьшение числа неструктивных форм острого аппендицита является актуальной темой научного исследования.

**Цель** исследования: анализ эффективности лечения больных с острым аппендицитом.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ лечения 160 больных с острым аппендицитом пролеченных в хирургическом отделении Сургутской окружной клинической больницы за 2011 год. В анализируемой группе 67 (41,9%) мужчин и 93 (58,1%) женщины.

В первые 7 часов с момента начала заболевания поступили 43 пациента (26,9%), в промежутке 7-24 часа – 66 больных (41,3%), позже 24 часов – 51 пациент (31,8%).

Диагноз острого аппендицита выставлялся на основании клиники и анамнеза заболевания, результатов лабораторной и инструментальной диагностики (УЗИ, R-графии брюшной полости, эндоскопической диагностики). Клинический и заключительный диагноз устанавливали согласно интраоперационной находке и данных морфологического исследования.

Обработка результатов проводилась методами описательной статистики с использованием программы «Биостат».

**Результаты и их обсуждение.** Проведенный анализ результатов лечения больных с острым

аппендицитом позволил дать оценку методам диагностики данного заболевания. Так, болевой синдром 106 (66,3%) больных характеризовали как постоянную тупую ноющую боль. При этом у 85 (80,2%) пациентов боли локализовались в правой подвздошной области. Диспепсические расстройства в виде тошноты и рвоты отметили 88 (55,0%) больных. Интоксикационный синдром при поступлении встретился у 41 (25,6%) пациента: повышение температуры тела до 37-37,5°C – у 48 (30,0%); лейкоцитоз со сдвигом формулы влево – у 126 (78,8%). УЗИ органов брюшной полости выполнено 60 (37,5%) больным. Данный вид инструментальной диагностики позволил исключить прочую острую хирургическую – у 20 (33,3%), гинекологическую – у 1 (1,7%), урологическую – у 1 (1,7%) патологию. Тем не менее, достоверных маркеров заболевания – острого аппендицита – при УЗИ не отмечено ни в одном из протоколов исследования. Для исключения перфорации полого органа 12 (8%) пациентам выполнена R-графия брюшной полости.

В целом, острый аппендицит, после проведенного обследования и/или наблюдения, был исключен у 15 (22%) лиц мужского пола и у 36 (39%) женщин. У них были выявлены следующие заболевания: язва ДПК – у 3 (6%); острый мезаденит – у 23 (45%); желчекаменная болезнь – у 2 (4%); перекрут сигмовидной кишки – у 1 (2%); дискинезия кишечника – у 16 (31%); почечная колика – у 1 (2%); очаговый некроз слепой кишки – у 1 (2%); острый холецистит – у 1 (2%); острый панкреатит – у 2 (4%); угроза прерывания беременности – у 1 (2%).

В клинике принята следующая тактика ведения больных с острым аппендицитом. При установленном диагнозе острый аппендицит выполняется срочное хирургическое вмешательство в срок не позже 2 часов с момента установления диагноза. В случае невозможности исключить данное заболевание в течение 6 часов наблюдения – диагностическая лапароскопия. Данный метод был выполнен 15 (9,4%) больным.

При оценке длительности периода с момента поступления в стационар до начала операции выявлено, что при остром катаральном аппендиците он составил –  $5,08 \pm 0,49$  часов, при остром флегмонозном аппендиците –  $4,40 \pm 0,56$  часа, при остром гангренозном аппендиците –  $3,50 \pm 0,37$  часа, при перфоративном аппендиците –  $2,33 \pm 0,66$  часа.

В качестве метода обезболивания в 78 (71,5%) наблюдениях применена спинномозговая анестезия, у 31 (28,5%) больного – эндотрахеальный наркоз.

Проведенное хирургическое вмешательство позволило установить следующие формы острого аппендицита среди 109 оперированных больных: острый катаральный аппендицит у 27 (24,8%), острый флегмонозный – у 64 (58,7%), острый гангренозный – у 14 (12,8%), перфоративный – у 4 (3,7%).

Из 27 пациентов с острым катаральным аппендицитом, 20 (74,0%) человек поступили в стационар до 7 часов с момента начала заболевания; 7 (26,0%) – через 7-24 часа после начала заболевания.

Среди 64 пациентов с заключительным диагнозом острый флегмонозный аппендицит, лишь 9 человек (14,0%) поступили до 7 часов. Большая часть – 38 человек (59,4%), через 7-24 часа после начала заболевания и 17 человек (26,6%) – более, чем через 24 часа с момента заболевания. Все 14 (100%) больных с острым гангренозным и 4 (100%) перфоративным аппендицитом поступили позже 24 часов с момента начала болезни.

В исследовании было отмечено, что острый катаральный аппендицит у женщин ( $n=8$ ) встречался в 2 раза реже, чем у мужчин ( $n=19$ ), а острый флегмонозный, наоборот, чаще у женщин ( $n=36$ ), что превосходило число случаев этой формы аппендицита у мужчин ( $n=28$ ) на 22%.

Острый гангренозный аппендицит у женщин наблюдался в 2,5 раза чаще ( $n=10$ ) в сравнении с мужчинами ( $n=4$ ). Почти таким же оказалось соотношение и при перфоративном аппендиците 3 : 1.

Представляют собой интерес данные о долях морфологических форм острого аппендицита в различных возрастных группах среди оперированных пациентов. В нашем исследовании острый катаральный аппендицит чаще отмечен в возрастной группе до 35 лет – 16 человек (14,8%). В возрасте 36-45 лет эта форма аппендицита встречалась лишь у 3 пациентов (2,8%), а в возрасте 46-60 лет – у 8 (7,3%).

Острый флегмонозный аппендицит выявлен у 45 человек (41,3%) в возрастной группе до 35 лет. В возрасте 36-45 лет отмечен в 9 наблюдениях (8,3%), а в возрасте 46-60 лет – в 10 (9,1%).

Острый гангренозный аппендицит у 4 пациентов (3,7%) возрастной группы до 35 лет, и у 10 больных (9,1%) в возрасте 36-45 лет. Перфоративный аппендицит встречался во всех 4 (3,6%) случаях в возрасте до 35 лет.

Полученные нами данные показали, что количество койко-дней не зависело от времени поступления, возраста, пола пациентов и составило при остром катаральном аппендиците  $6,52 \pm 0,43$  дней; флегмонозном –  $7,40 \pm 0,27$  дней, гангренозном –  $12,05 \pm 1,51$  дней, перфоративном –  $15,31 \pm 2,16$  дней.

### Выводы:

1. Среди пациентов с подозрением на острый аппендицит преобладают лица молодого возраста – до 35 лет (57,4%).
2. Большая часть пациентов – 73,3% – обращаются за медицинской помощью не ранее 7 часов с момента заболевания.
3. Дополнительные методы исследования: УЗИ, R-графия брюшной полости, диагностическая

лапароскопия позволяют у 31,9% поступивших пациентов исключить острый аппендицит.

4. Частота острого простого аппендицита достигает 24,8%, что свидетельствует о необходимости более широкого применения инструментальных методов диагностики.

5. Количество койко-дней не зависело от времени поступления, возраста и пола пациентов. При остром катаральном аппендиците оно было минимальным ( $6,52 \pm 0,43$ ), а при перфоративном – максимальным ( $15,31 \pm 2,16$ ).

### Литература

1. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии / Н.Н. Иоскевич. - Минск: Вышейша школа, 2001. – 210 с.
2. Кригер А.Г., Федоров А.Ф., Воскресенский П.К. Острый аппендицит. - М.: Медпрактика, 2002. – 260 с.
3. Кукош М.В. Сложные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы: мат-лы науч.-практ. конф. хирургов РФ / М.В. Кукош, С.Г. Измайлов, Г.Н. Гречко. - СПб., 2004. - С. 64-68.
4. Назаров А.А. Аппендицит / А.А. Назаров. – Казань: КФХ, 2007. – 45 с.
5. Османов А.О. Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пос. / А.О. Османов, К.А. Масуев, Р.Т. Меджидов. - Махачкала, 2003. - С. 8-12.
6. Перитонит / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
7. Поздняков Б.В. Аппендэктомия и основы оперативной хирургической техники / Б.В. Поздняков, А.А. Лойт. – М.: Изд-во МЕДпресс, 2008. – 224 с.
8. Седов В.М. Аппендицит / В.М. Седов. – СПб.: Медиздат, 2002. – 232 с.
9. Ситников В.Н. Лапароскопическая аппендэктомия / В.Н. Ситников, В.А. Галин, М.В. Турбин // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №5. - С. 34-36.

\*\*\*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕСФЕРАЛА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

**Иванов А.В.**

г. Омск, Россия

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель:

Орлов Ю.П. - д.м.н., профессор

**Введение.** Исследование свободно-радикального окисления (СРО) и антиоксидантного статуса при травматической болезни (ТБ), а также необходимость и эффективность его коррекции, остаётся до настоящего времени не установленным. Известно, что многие критические состояния протекают в условиях активации СРО и перекисного окисления липидов (ПОЛ) [1, 2, 6]. Однако при ТБ имеются множественные переломы длинных трубчатых костей, костей таза, излитие крови во внесосудистое пространство с формированием межтканевых, внутриполостных (гемоторакс) и забрюшинных гематом, в составе которых эритроциты подвергаются внесосудистому гемолизу [4,8]. Освободившееся  $Fe^{2+}$  способно нарушать равновесие между прооксидантами и антиоксидантами, усугублять оксидативный стресс, увеличивать продукцию активных форм кислорода [1, 6]. В результате гемолиза эритроцитов освобождается более 600 мг железа, но система транспорта и его утилизации может перенести только от 50,1 до 98,4 мг [5, 8]. Железо разрушенных эритроцитов длительное время остаётся в тканях и недоступно для трансферрина. Таким образом, при ТБ резко увеличивается концентрация каталитически активных ионов  $Fe^{2+}$  в циркуляции крови в результате ре-

зорбции их из гематом. Целью исследования являлось определение роли ионов железа в механизмах, влияющих не только на активность СРО при ТБ, а также поиск путей их устранения.

**Материалы и методы.** Исследование проведено у 30 пациентов с ТБ (13 женщин и 17 мужчин) в возрасте  $34,3 \pm 2,7$  лет, поступавших с переломами бедра, костей таза, ребер, сопровождавшихся развитием обширных межмышечных гематом и гемопневмоторакса. Критериями включения являлись: возраст до 45 лет; наличие переломов бедренной кости, костей таза, ребер с повреждением легкого и развитием гемопневмоторакса; ранняя госпитализация (до 3 часов с момента получения травмы); клинико-лабораторные критерии травматического шока I-II степени; концентрация общего гемоглобина в крови на момент госпитализации более 70 г/л.

Все пациенты получали объем терапии, включавшей инфузию кристаллоидов и коллоидов с учетом объема кровопотери, эритроцитарной массы или отмытых эритроцитов, антибактериальную и симптоматическую терапию. При госпитализации, на 3-и 5-е сутки у пациентов I группы (n=15) исследовалась концентрация общего и свободного гемоглобина (СГ) [2], количество эритроцитов, концентрация



## СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЕ НАУКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

сывороточного железа (СЖ) с помощью набора реактивов компании «ДИАСИС», трансферрина (Тф) на автоматическом анализаторе «Konelab-20», билирубина, активность печеночных ферментов, общая антиоксидантная активность (ОАА) сыворотки крови с помощью реактивов фирмы ЗАО «БиоХимМак». Методом  $Fe^{2+}$ -индуцированной хемилюминесценции ( $Fe^{2+}$ -ХЛ) изучалась активность СРО [1]. Оценка тяжести общего состояния проводилась по шкале APACHE II. Во II группе (n=15) был проведён подобный блок исследований на фоне терапии десфералом, который вводился внутривенно в дозе 20-40 мг/кг

массы тела два раза в сутки с интервалом в 12 часов. В группу контроля были включены 10 здоровых лиц того же возраста. Статистическую обработку результатов проводили с использованием параметрических методов (t-критерий Стьюдента), пакета прикладных программ Biostat и MS Excel. Различия статистически значимыми считали при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** У всех пациентов (табл.1) к 3-м суткам развивалась постгеморрагическая анемия тяжелой степени и сохранялась до 5-х суток посттравматического периода.

Таблица 1.

**Показатели обмена железа и активности СРО при ТБ**

Показатели	Группа I (без десферала)			Группа II (с десфералом)			Контроль
	1 сут.	3 сут.	5 сут.	1 сут.	3 сут.	5 сут.	
1	2	3	4	5	6	7	8
Общий гемоглобин, г/л	82,4±3,5 <sup>k</sup>	72,3±5,3 <sup>d</sup>	71,2±5,5 <sup>kd</sup>	88,3±3,2 <sup>k</sup>	94,8±5,3 <sup>k</sup>	101,3±3,6 <sup>kd</sup>	134,3±2,1
Свободный гемоглобин крови, г/л	0,7±0,08 <sup>k</sup>	0,6±0,04 <sup>k</sup>	0,6±0,03 <sup>k</sup>	0,42±0,11 <sup>k</sup>	0,22±0,09 <sup>kdm</sup>	0,15±0,03 <sup>m</sup>	0,11±0,02
Св. Нб мочи, г/л	0,41±0,13 <sup>k</sup>	0,36±0,15 <sup>k</sup>	0,33±0,31 <sup>k</sup>	0,41±0,14 <sup>k</sup>	0,35±0,06 <sup>km</sup>	0,14±0,02 <sup>d</sup>	0,14±0,04
Эритроциты, $10^{12}/л$	2,3±0,20 <sup>k</sup>	2,1±0,08 <sup>k</sup>	1,9±0,09 <sup>k</sup>	2,3±0,20 <sup>k</sup>	3,1±0,08 <sup>kdm</sup>	3,2±0,08 <sup>kdm</sup>	4,4±0,2
Сывороточное железо, мкмоль/л	12,8±2,5 <sup>k</sup>	7,1±0,3 <sup>kd</sup>	11,2±0,9 <sup>kd</sup>	8,11±2,19 <sup>k</sup>	10,33±2,43 <sup>k</sup>	13,74±1,13 <sup>k</sup>	21,2±0,3
ОЖСС, мкмоль/л	53,74±7,23	58,29±8,61	57,83±10,81	50,74±3,92	53,13±6,16	57,34±2,32	52,11±7,13
Трансферрин, мг/дл	112,9±12,2 <sup>k</sup>	56,5±4,8 <sup>kd</sup>	68,8±5,7 <sup>kd</sup>	172,2±14,8 <sup>k</sup>	231,9±120,4 <sup>kd</sup>	282,2±14,1	220,0±18,1
ОАА, мкмоль/л	275,3±11,2 <sup>k</sup>	144,1±3,3 <sup>kd</sup>	318,2±2,7 <sup>d</sup>	252,67±18,74 <sup>k</sup>	328,21±16,3 <sup>kdm</sup>	309,91±13,62	305,12±9,1
Вспышка, усл. ед.	1,67±0,14 <sup>kk</sup>	2,02±0,37 <sup>k</sup>	1,2±0,42	1,44±0,27 <sup>k</sup>	1,42±0,37 <sup>km</sup>	1,2±0,42	1,2±0,08
Светосумма, усл. ед.	1,97±0,14 <sup>k</sup>	7,15±0,34 <sup>kd</sup>	2,15±0,28 <sup>kd</sup>	1,79±0,34 <sup>k</sup>	3,15±0,34 <sup>kdm</sup>	1,45±0,11 <sup>kdm</sup>	1,3±0,09
Максимальная светимость	3,42±0,20 <sup>k</sup>	4,08±1,9 <sup>k1</sup>	2,69±0,29 <sup>k</sup>	2,98±0,20 <sup>k</sup>	2,46±0,83 <sup>km</sup>	2,05±0,12 <sup>km</sup>	2,14±0,87
APACHE II, баллы	22,2±2,1	16,5±1,7	16,7±2,1	16,2±1,3	12,3±2,4	8,3±0,5	0,0

Примечание. d – достоверно при  $p < 0,05$  относительно исходных данных; k- при  $p < 0,05$  относительно данных контроля, m – достоверно при  $p < 0,05$  при сравнении между группами

При этом отмечалось 7-кратное увеличение концентрации СГ в крови с одновременным снижением концентрации СЖ (до 60% от данных контроля) и Тф (до 51% от контрольного значения), которые уменьшались в динамике к 3-м суткам еще на 27% и 25% соответственно. К 5-м суткам концентрация Тф несколько возрастала по сравнению с 3-ми сутками. ОАА исходно была ниже контрольных значений, но к 3-м и 5-м суткам резко уменьшалась вплоть до нулевого значения у некоторых пациентов. При этом отмечалось увеличение всех параметров железоиндуцированной хемилюминесценции ( $Fe^{2+}$ -ХЛ), достигающее максимума к 3-м суткам и снижением к 5-м суткам.

При использовании в комплексной терапии ТБ десферала [3] отмечалось увеличение концентрации гемоглобина на 7%, обусловленное гемотрансфузиями, и уменьшение СГ на 100% по сравнению с исходными данными. У всех пациентов на фоне вы-

являлось статистически значимое снижение интенсивности процессов СРО, что выражалось в уменьшении светосуммы более чем в 2 раза, а быстрой вспышки на 25%. При этом параллельно снижению концентрации СГ отмечалось увеличение более чем на 25% содержания Тф и на 24% ОАА.

**Обсуждение полученных данных.** Поскольку железо в сыворотке крови присутствует и транспортируется в комплексе с Тф, есть основания полагать, что уменьшение концентрации СЖ при ТБ является вторичным по отношению к снижению уровня трансферрина. Нормальные значения ОЖСС указывают на отсутствие истинного дефицита железа в организме, так как при его недостатке (например, при железодефицитной анемии) ОЖСС всегда повышена [7]. В данном случае источников ионов  $Fe^{2+}$  может быть несколько: из гематом в местах переломов, в тканях, при гемотораксе; вследствие внутрисосудистого гемолиза; вследствие перенесенного



травматического шока; при переливании эритроцитарной массы, особенно больших сроков хранения, что и обуславливает дисбаланс между нарастающим оксидантным напряжением и снижением ОАА [1]. Поскольку истинного дефицита железа при ТБ в организме нет, то патогенетически оправданной является терапия, эффектом которой явилось снижение пула свободного железа в организме за счет связывание избытка ферроионов и блокада активации процессов СРО [1, 4, 6].

На основании полученных данных можно констатировать, что использование десферала, как хелатора комплексов железа, приводит к снижению уровня восстановленного железа, которое является мощным прооксидантом, приводящим к образованию активных форм кислорода и инициации ПОЛ [1,3]. Таким образом, научной новизной проводимого исследования явилось использование десферала в терапии ТБ, приводящее к снижению повреждающего действия ионов железа на биологические мембраны и тем самым влияющие на исход ТБ в целом.

### Выводы:

1. Тяжесть течения ТБ сопряжена с выходом во внесосудистое пространство большого количества крови и нарушением обмена железа вследствие внесосудистого и внутрисосудистого гемолиза эритроцитов.

2. Присутствие в плазме крови высоких концентраций СГ обуславливает снижение концентрации трансферрина, активацию СРО с последующим развитием антиоксидантной недостаточности.

3. Использование десферала в комплексной терапии ТБ способствует снижению показателей

СРО, повышает трансферриновую ёмкость крови и ОАА крови, а тем самым влияет и на исход ТБ в целом.

### Литература

1. Владимиров Ю.А. Свободные радикалы и клеточная хемилюминесценция. /Е.В.Проскурнина// Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва. - 2009. - С.220.
2. Иванов А.В. Расстройства микроциркуляции и антиоксидантного потенциала как следствие нарушенного обмена железа при травматической болезни (клинико-экспериментальное исследование). / Ю.П.Орлов, В.Н. Лукач и др.// Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2012. - № 1. - С. 64-69.
3. Кольцова Г.Н. Механизм действия хелаторов железа. /С.П. Щербинина Л.Т. Минина и др. // Гематол. и трансфузиол. - 2006. - Т. 51, № 1. - С. 40-44.
4. Накашидзе И. Проявления оксидантного стресса и его коррекция при травматическом шоке /И.Накашидзе, Т.Чиковани, Т.Саникидзе, В. Бахутвшили //Анест. и реаниматол. - 2003. - № 5. - С. 22-24.
5. Орлов Ю.П. Вклад нарушенного обмена железа в развитие расстройств микроциркуляции и эндотоксемии при критических состояниях. / А.В.Иванов, В.Т.Долгих и др. // Общая реаниматология. - 2011. - № 5. - С. 14-19.
6. Пасечник И.Н. Роль окислительного стресса в формировании респираторного дистресс-синдрома у хирургических больных в критических состояниях. / В.В.Крылов, Е.И Скобелев, А.А.Мещеряков // Вестник интенсивной терапии. - 2008. - № 3. -С. 65-68.
7. Cadet E. Donnes recentes sur metabolisme du fer: un etat de transition / E. Cadet, M. Gadenne, J. Rochette // La revue de medecine interne. - 2005. - № 26. -С. 315-324 . Gordon W. Simulated blood circulation during hemolysis. / W. Gordon // Perfusion. -2001. - № 16. - P. 345-351.
8. Gordon W. Simulated blood circulation during hemolysis. / W. Gordon // Perfusion. -2001. - № 16. - P. 345-351.
9. Fantini G.A., Deferoxamine prevents lipid peroxidation and attenuates reoxygenation injury in postischemic skeletal muscle. /T.Yoshioka// Am J Physiol Heart Circ Physiol. - 1993.- №264: P.1953-1959.

\*\*\*

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСКИЙСКА

*Кайкы К.Б.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом реанимации, интенсивной терапии и экстремальной медицины*

Научный руководитель:

Зотин А.В. - к.м.н., ассистент

Острый аппендицит одно из самых частых заболеваний, требующего хирургического лечения. Наиболее частая причина госпитализации в хирургические отделения детей по экстренным показаниям это подозрение на острый аппендицит. Пик заболеваемости приходится на 10-12 лет [2]. Несмотря на

достижения современной медицины, сохраняется летальность до 0,2-0,4%. При аппендикулярном перитоните летальность увеличивается до 5%, при позднем обращении (терминальная стадия перитонита) достигает 20% [1]. Все дети с подозрением на острый аппендицит подлежат госпитализации в

хирургические стационары, где в течение 8-12 часов подтверждается или исключается заболевание. Всем госпитализированным детям назначается динамическое наблюдение хирурга, общий анализ крови в динамике, проводится УЗИ брюшной полости. При невозможности исключить острый аппендицит в течение 8 часов при сохраняющихся симптомах проводится диагностическая лапароскопия (ДЛ), если затруднений в постановке диагноза не возникает, выполняется сразу оперативное лечение - традиционная аппендэктомия (ОА) [4]. Такая практика применяется в ОКБ Ханты-Мансийска с 2007 года, что позволило уменьшить: число осложнений, количество напрасных аппендэктомий до минимума. Целью нашей работы, явилось проведение анализа лечения детей с острым аппендицитом в ОКБ Ханты-Мансийска с 2007 по 2012 год. Всего за отчетный период прооперировано 307 детей с острым аппендицитом. Лечение проводилось детям разной возрастной группы от 3 до 17 лет. Средний возраст детей составил 12,4 года. Распределение по полу 54% мальчика и 46% девочек. Результаты лечения представлены в таб. 1.

Таблица 1.

**Результат лечения острого аппендицита у детей**

Способы хирургического лечения	2007г. n=52	2008г. n=41	2009г. n=51	2010г. n=58	2011г. n=53	2012г. n=52
1	2	3	4	5	6	7
Аппендэктомия традиционным способом	50 (96%)	16 (39%)	22 (43%)	20 (34%)	4 (8%)	5 (9%)
Лапароскопическая аппендэктомия	2 (4%)	25 (61%)	29 (57%)	38 (66%)	47 (92%)	47 (91%)

Данные таблицы указывают на увеличение количества лапароскопических аппендэктомий (ЛА), относительно стабильным остается количество диагностических лапароскопий. До применения лапароскопии при подозрении на острый аппендицит, и невозможности от дифференцировать это заболевание от других, применялась типичная аппендэктомия «переменным» доступом Волковича-Дьяконова или Мак-Бурнея. Действовал принцип: «сомневаешься в диагнозе острый аппендицит – оперируй». При «открытом» доступе, даже при неизменном червеобразном отростке, ранее обязательно выполнялась аппендэктомия.

Научные исследования доказали необходимость и важность аппендикса в иммунной системе человека, его называют «миндалиной» брюшной полости. Он играет важную роль в иммунной и нейрогуморальной системе кишечника, особенно у детей. После аппендэктомии у человека повышается риск

развития опухоли толстого кишечника в 5 раз, чаще возникают диспепсические расстройства, запоры [4]. Известно, что в аппендиксе содержится вся бактериальная микрофлора, встречающаяся во всех отделах пищеварительного тракта. Поэтому важно выполнять аппендэктомию при явно деструктивных формах (флегмонозной, гангренозной, гангренозно-перфоративной) и свести к минимуму удаление неизмененного аппендикса, а также катаральной, так называемой «простой» формы аппендицита. Данные по формам аппендицита представлены в таб. 2.

Таблица 2.

**Формы острого аппендицита**

Форма аппендицита (гистологически)	2007г. n=52	2008г. n=41	2009г. n=51	2010г. n=58	2011г. n=53	2012г. n=52
1	2	3	4	5	6	7
Катаральный аппендицит	4 (7,7%)	5 (12,2%)	5 (9,8%)	9 (15,5%)	4 (7,5%)	7 (13,5%)
Флегмонозный аппендицит	42 (80,8%)	33 (80,5%)	44 (86,3%)	41 (70,7%)	47 (88,7%)	42 (80,8%)
Гангренозный аппендицит	4 (7,7%)	2 (4,8%)	1 (1,9%)	3 (5,2%)	1 (1,8%)	3 (5,8%)
Гангренозно-перфоративный аппендицит	2 (3,8%)	1 (2,4%)	1 (1,9%)	3 (2%)	1 (1,8%)	1 (1,9%)
Аппендицит, осложненный перитонитом	3 (5,8%)	2 (4,8%)	2 (3,9%)	3 (5,2%)	2 (3,7%)	3 (5,8%)

Для уменьшения количества напрасных аппендэктомий и выявления причины болей в животе применяется диагностическая лапароскопия, позволяющая детально осмотреть брюшную полость, выявить причину болевого синдрома. С 2006г. при подозрении на острый аппендицит в ОКБ используется диагностическая лапароскопия, постоянно дежурит врач-эндоскопист. Количество диагностических лапароскопий при синдроме «острого живота» у детей представлено на рис. 1.



Рисунок 1

Если при диагностической лапароскопии выявляется деструктивная форма аппендицита, выполняется аппендэктомия. С 2007г в ОКБ г.Ханты-Мансийска у детей применяется лапароскопическая аппендэктомия. Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд неоспоримых преимуществ перед традиционной операцией.

- меньшая инвазивность, что способствует раннему восстановлению общего самочувствия, двигательной активности, аппетита, функции кишечника, сокращается пребывание больного в стационаре.
- значительное уменьшение количества применяемых в послеоперационном периоде анальгетиков, полное исключение наркотических анальгетиков;
- меньшая частота послеоперационных осложнений;
- высокая частота выявления сопутствующих заболеваний органов брюшной полости;
- косметический эффект;
- меньший риск развития спаечного процесса в брюшной полости.

На рис. 2 представлено количество проведенных лапароскопических аппендэктомий у детей.



Рисунок 2

Таким образом, из рисунка видно, что количество лапароскопических аппендэктомий увеличивается, если соотношение в 2007 году было 4% и 96% соответственно, то в 2011-2012 году соотношение 92% и 8%. Применение лапароскопической аппендэктомии позволило уменьшить послеоперационные осложнения, если при использовании традиционной техники осложнения в виде нагноения послеоперационной раны и расхождения швов ран составляли 4-5%, то после лапароскопической аппендэктомии мы не получали таких осложнений, однако, сохраняется осложнение в виде абсцессов брюшной полости. Общее количество осложнений уменьшилось ( $p < 0,05$ ) Осложнения при остром аппендиците за отчетный период представлены в таб. 3.

Таблица 3.

**Осложнения острого аппендицита**

Осложнения острого аппендицита	ОА	ЛА
	(n=117)	(n=190)
1	2	3
Нагноение послеоперационной раны	8 (2,4%)	0
Расхождение краев раны	5 (1,6%)	1(0,5%)
Развитие перикюльтевых инфильтратов	0	4(2,1%)
Формирование абсцессов брюшной полости	2(1,0%)	3(1,6%)
Развитие вторичного перитонита	1(0,5%)	1(0,5%)
Несостоятельность культи аппендикса	0	0
Итого	16 (6,2%)	9 (1,9%)

Релапароскопия при ЛА применялась в 5 случаях, в трех из них выявлены перикюльтевые инфильтраты, в одном из них была клиническая картина ранней кишечной непроходимости, в двух подозрение на несостоятельность культи. Инфильтраты были вызваны ожогом купола слепой кишки при коагуляции брыжейки, позже при подобной клинической картине релапароскопии не применялись, проводилось консервативное лечение. В одном случае после ЛА на 5 сутки диагностирован абсцесс Дугласова пространства, выполнена лапаротомия, дренирование абсцесса, у пациента имел место перфоративный аппендицит, местный перитонит. В настоящее время при перфоративном аппендиците считаем целесообразным использовать открытую аппендэктомию. Имелся один случай релапароскопии после проведения ДЛ, на 5 сутки проведена релапароскопия, выявлен аппендикулярный абсцесс, выполнена ОА, дренирование абсцесса. Применение диагностической лапароскопии позволило уменьшить напрасные аппендэктомии при мезаденитах, пельвиоперитонитах, гинекологической патологии у девочек. Уменьшилось количество неструктивных форм по результатам гистологического исследования. Результаты гистологического исследования представлены в таб.4.

Таблица 4.

**Результаты гистологического исследования**

Форма аппендицита по результатам гистологического исследования	ОА	ЛА
	(n=117)	(n=190)
1	2	3
Деструктивная форма	99(84,7%)	174(90,9%)
Недеструктивная форма	18(15,3%)	16(9,1%)

Из таблицы следует, что количество неструктивных форм уменьшается при использовании ЛА, статистически значимо ( $p < 0,05$ ). За 7 лет в ОКБ со спаечной кишечной непроходимостью обращались 8 детей, все они были оперированы ранее способом ОА, ни одного случая спаечной непроходимости после ЛА мы не наблюдали. Кроме этого, в 11 случаев был пролечен лапароскопически криптогенный перитонит у девочек без аппендэктомии, выполнено 4 лапароскопические резекции дивертикула Меккеля (при болевом абдоми-

нальном синдроме), в 9 случаях аппендицит, осложненный перитонитом, пролечен лапароскопически.

Средняя продолжительность пребывания больных с острым аппендицитом в стационаре за анализируемый период при ЛА составила - 4,3 к/д, при ОА - 7,4 к/д. Учитывая сроки пребывания больного в стационаре, полемика о высокой себестоимости операции ЛА (около 4 260 рублей, что на 27% выше себестоимости ОА), сомнительна, так как стоимость лечения в стационаре одного дня оценивается около – 4000 руб. [6]

Таким образом, лапароскопический метод диагностики и лечения, при сомнительных результатах других методов исследования позволяет не только безошибочно установить наличие или отсутствие воспаления в червеобразном отростке, но и выполнить аппендэктомию, а при исключении диагноза острого аппендицита провести щадящую ревизию органов брюшной полости и у большинства пациентов выявить истинную причину болевого абдоминального синдрома. ЛА это меньшая травматичность вмешательства, меньшая частота послеоперационных осложнений и хороший косметический эффект. Исключение лапаротомии значительно уменьшает болевой синдром, способствует более раннему восстановлению нарушенных функций организма. Снижается частота послеоперационных осложнений, значительно уменьшается риск развития послеоперационного спаечного процесса в брюшной полости, сокращается пребывание больного

в стационаре и улучшается косметический эффект. Учитывая проведенный анализ, рекомендуем широко использовать ЛА у детей.

### Литература

1. Дербенев В.В., Григович И.Н., и др. Видеолапароскопическое лечение острого аппендицита у детей. Послеоперационные осложнения открытых и лапароскопических аппендэктомий за 10 лет. // Материалы 14 съезда Российского общества эндоскопических хирургов. Москва 2012г
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей/ Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
3. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Чундокова М.А., Ярустовский П.М., Холостова В.В., Челак А.О. Послеоперационные спаечные осложнения после лапароскопической хирургии у детей. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008. № 10. С. 54-59.
4. Вавилов С.С., Яновой В.В., Белоус Р.А., Болгов Д.Ф. Особенности эндовидеохирургического лечения острого аппендицита и его осложнений у детей Дальневосточный медицинский журнал. 2008. № 4. С. 35-37.
5. Павлушин А.В., Голяков О.В., Березова Л.Е., Сидоров М.А., Федоровцев В.А., Федаев А.А., Десятникова И.Б. Лапароскопическая аппендэктомия при осложненных формах острого аппендицита. Медицинский альманах. 2010. № 2. С. 302-304.
6. Панченков Д.Н., Кудрявцев П.В и др. Эндовидеохирургия в лечении острых заболеваний органов брюшной полости: медицинские и социально-экономические аспекты // Материалы 14 съезда Российского общества эндоскопических хирургов. Москва 2012г.

\*\*\*

### ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

**Князькова Д.А., Хрячков В.В., Еломенко М.С**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом реанимации и экстремальной медицины лечебного факультета*

Научный руководитель:

Хрячков В.В. - д.м.н., профессор

**Актуальность:** В процессе первичной и уточняющей диагностики поверхностного рака мочевого пузыря возникает множество вопросов, для их решения в большинстве клиник нашей страны используют рутинную цистоскопию с гистологическим исследованием биоптатов и транскутанное ультразвуковое исследование. Однако в большинстве случаев обследование в таком объеме не позволяет выявить скрытые очаги и дать полную количественную и прогностическую характеристику, а в ряде случаев определить истинные границы опухолевого поражения. Неверная оценка опухолевого поражения мочевого пузыря приводит к частым рецидивам после трансуретральной

резекции, что в свою очередь, ведет к прогрессирующему опухолевого процесса, исключающего органосохраняющие методы лечения. Значительный прогресс в диагностике поверхностного рака мочевого пузыря несомненно связан с использованием флуоресцентных методов, обладающих высокой чувствительностью в выявлении интраэпителиальных опухолей малых размеров.

**Цель исследования:** определить эффективность данного метода в рамках диагностики и оперативного лечения рака мочевого пузыря, представить сравнительный анализ результатов использования различных флуорохромов.

**Материал и методы:** Анализ результатов лечения 89 больных (77 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 36 до 82 лет, лечившихся в урологическом отделении окружной клинической больницы г.Ханты-Мансийска.

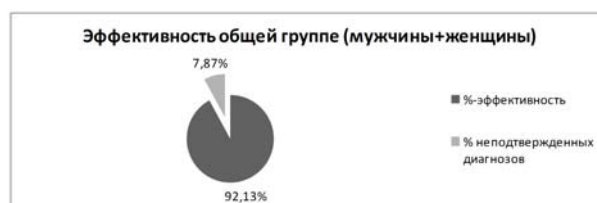
**Результаты:** В качестве флуорохрома при диагностике рака мочевого пузыря с начала 90-х годов активно исследовалась возможность применения 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛК). Основа метода: 5-АЛК является эндогенным соединением, одним из промежуточных продуктов синтеза гема. Ее избыточное введение в организм (системно или местно) приводит к ингибированию последнего этапа синтеза гема и накоплению его предшественника - эндогенного протопорфирина IX (ПП IX). В присутствии избыточной 5-АЛК в опухолевых клетках происходит повышенная индукция и накопление ПП IX. Причины селективности до конца не изучены, однако высказывается следующее предположение: повышенная проницаемость опухолевых клеток способствует проникновению в них 5-АЛК; опухолевые клетки накапливают 5-АЛК-индуцированный ПП IX; в опухолевых клетках снижена активность феррохелатазы-фермента, превращающего протопорфирин в гем. Накопление ПП IX в опухолевых клетках происходит в течении нескольких часов, в то время как в нормальных клетках он быстро утилизируется путем превращения в гем. Поскольку ПП IX интенсивно флуоресцирует в красной области спектра с максимумами на 635 нм и 705 нм, результатом его накопления в опухолевых клетках является возможность выявления опухолей по флуоресценции 5-АЛК индуцированного ПП IX. Данный феномен составляет основу метода PDD- цистоскопии. В настоящее время общепринятая методика PDD-цистоскопии с 5-АЛК заключается в следующем: вводится 5-АЛК в дозе 1-1,5 г, 30-50 мл раствора, внутривезикулярно. Время удержания раствора в мочевом пузыре не менее 2 часов. После чего проводится флуоресцентная цистоскопия. С этой целью в ОКБ г.Ханты-Мансийска используется осветительная система для возбуждения флуоресценции: D-Light System, разработанная фирмой Karl Storz (Германия).

Однако, помимо 5-АЛК имеются и другие флуорохромы обеспечивающие возможность проведения флуоресцентных исследований мочевыводящих путей. К примеру модификация 5-АЛК в гексильный эфир 5-АЛК является большим шагом к повышению специфичности 5-АЛК индуцированной фотодинамической диагностики рака мочевого пузыря. Клинические испытания показали, что в сравнении с АЛК инстилляция раствора гексильного эфира 5-АЛК в 20 раз меньшей концентрации индуцирует в 2-4 раза большее накопление в ПП IX, при этом скорость индукции возрастает в 2 раза. Более того, при использовании гексильного эфира 5-АЛК значительно снижается количество ложно-положительной флуоресценции (в среднем до 17 %) и замедляется выгорание ПП IX,

что позволяет удлинить сеанс обследования. С 2005 г. препарат «Гексвикс», на основе гексильного эфира 5-АЛК, был разрешен для диагностики рака мочевого пузыря в 26 странах ЕС.

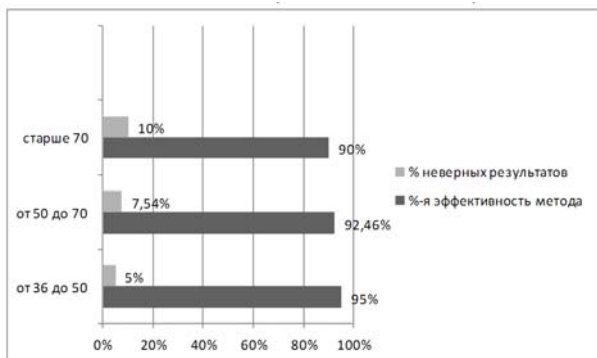
В последние годы большой интерес вызывает применение препарата природного растительного происхождения Гиперицина (*Hypericin perforatum*). Данный препарат является эффективным гидрофобным фотосенсибилизатором с высоким квантовым выходом образования синглетного кислорода (0,73) и интенсивной флуоресценцией в красной области (594 и 642 нм). При проведении клинического исследования возможностей флуоресцентной диагностики с препаратом Гиперицин, чувствительность и специфичность составили 94 и 95%. При этом отмечалось полное отсутствие выгорания флуоресценции Гиперицина в ходе всего обследования и последующей трансуретральной резекцией, а также отсутствие ложно-положительной флуоресценции воспалительных тканей. Гиперицин рассматривается многими авторами как альтернатива 5-АЛК, однако применение этого препарата для флуоресцентной диагностики пока находится на стадии клинического исследования.

Участки слизистой, пораженные раковой опухолью, которые не видны при обычной цистоскопии, при применении флуоресцентной диагностики светятся ярко красным цветом и легко визуализируются. Более чем у 30% больных после цистоскопии в белом свете при флуоресцентном контроле обнаружены незамеченные опухоли. Эти опухоли при повторном обращении пациентов могут быть расценены как рецидивные, хотя на самом деле являются продолженным ростом незамеченных при осмотре в белом свете опухолей. Фотодинамическая диагностика сокращает время на осмотр мочевого пузыря во время операции, что соответственно сокращает время операции и пребывание больного под наркозом. При анализе результатов PDD-цистоскопии, с последующим гистологическим исследованием взятых образцов, группы пациентов (89 человек в возрасте от 36 до 82 лет) выявлены следующие закономерности: Эффективность при обследовании всей группы пациентов составила 92,13% (рис.1).

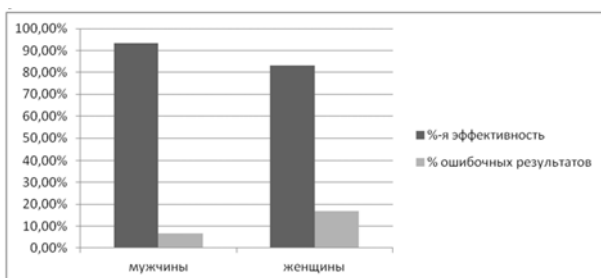


В различных возрастных группах эффективность распределилась следующим образом: в группе от 36 до 50 лет-90%, от 50 до 70 лет-92,46%, старше 70-95% соответственно (рис 2).





Также получены данные о более высокой эффективности метода среди пациентов мужского пола-93,5% против 83,3% у пациентов женского пола (рис 3).



Следует принимать во внимание то, что как и у любого метода исследования, у флуоресцентной цистоскопии имеются свои недостатки, в частности требует решения проблема ложно-положительной флуоресценции. Суть ее заключается в следующем, при фотодинамической диагностике с 5-АЛК индуцированная флуоресценция ПП IX различной степени интенсивности наблюдается в нормальной слизистой, в участках плоскоклеточной метаплазии, гиперплазии и воспаления. Неяркая флуоресценция ПП IX наблюдается при хронических воспалениях. Более яркую флуоресценцию ПП IX дает грануляционная ткань при воспалительных процессах после трансуретральной резекции, поэтому флуоресцентную цистоскопию не рекомендуется проводить ранее чем через 6 недель. Имеется гипотеза, что ложно-положительная флуоресценция в участках простой гиперплазии может быть связана с накоплением ПП IX в клетках уротелия на ранней стадии опухолевой трансформации, которая не выявляется при гистологическом исследовании. Это стимулировало проведение оценки специфичности флуоресцентной цистоскопии на молекулярно-генетическом уровне. Было показано, что до 70 % биоптатов с положительной флуоресценцией ПП IX и отрицательным результатом гистопатологии уже имеют генетические изменения, идентичные тем, которые присутствуют в папиллярных опухолях у тех же пациентов. На основании данных результатов в новой классификации рака Всемирной организации здравоохранения уротели-

альная гиперплазия рассматривается как возможный предрак.

Таким образом, истинное количество ложноположительных результатов фотодинамической диагностики может быть меньше, а истинная прогностическая значимость метода выше, поскольку метод позволяет выявлять раннюю предраковую трансформацию слизистой мочевого пузыря. Причиной пониженной специфичности 5-АЛК индуцированной флуоресценции является и предшествующая внутривезикулярная химиотерапия. Причем максимальное количество ложноположительной флуоресценции (39,6 % относительно 25,7% в группе без предшествующей терапии) регистрируется у тех пациентов, у которых интервал между внутривезикулярной терапией и проведением исследования составлял менее 6 месяцев (количество ложноположительной флуоресценции составляло 25,7 %).

По результатам патогистологических исследований, взятых при PDD-цистоскопии образцов, подавляющее большинство выявленных опухолей представлено переходно-клеточным раком.

**Выводы:** фотодинамическая диагностика позволяет выявлять плоские интраэпителиальные и микропапиллярные опухоли мочевого, уточнять границы опухолевого поражения и, учитывая мультицентричность роста рака мочевого пузыря, количество экзофитных образований. Флуоресцентные методы, обладающие близкой к 100% чувствительностью выявления поверхностных опухолей малых размеров, не позволяют определять глубину (инвазию) опухолевого поражения. Возможно, перспективным направлением в решении этой проблемы является сочетанное применение флуоресцентных методов с другими оптическими технологиями, в частности методом оптической когерентной томографии.

### Литература

1. Веронский Г.И., Хрячков В.В. Люминесцентный анализ в онкоурологии.// Труды Новосибирского мединститута: Люминесцентный анализ в экспериментальной и клинической хирургии / под ред. Б.А.Полянского, 1971. Т. 60, С.117-124.
2. Загайнова Е.В., Стрельцова О.С., Орлова А.Г. и др. Комбинированное использование флуоресцентной цистоскопии и оптической когерентной томографии для диагностики рака мочевого пузыря // Онкоурология: Материалы I Конгресса Российского общества онкоурологов. М., 2006. С.81-82.
3. Кудашев Б.В. Применение метода флуоресцентной диагностики для повышения радикализма трансуретральной резекции мочевого пузыря: Дис...канд.мед.наук. М., 2001
4. Романенко А.М., миргородская Л.Н. Гистохимические характеристики окислительно-восстановительных ферментов в эпителиальных опухолях мочевого пузыря // Вопросы онкологии. 2003. С.17-43, 197.
5. Русаков И.Г., Быстров А.А. Хирургическое лечение, химио- и иммунотерапия больных поверхностным раком мочевого пузыря // Практическая онкология. 2003. Т. 4, №4. С. 214-224.
6. Хрячков В.В., Серисантов Н.В. Люминесцентные исследования мочевого пузыря.// Труды Новосибирского мединститута: Люминесцентный анализ в экспериментальной и клинической хирургии / под ред. Б.А.Полянского, 1971. Т. 60, С.128-131.

\*\*\*

**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДООПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ  
И ОПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

**Моргацкая М.В., Паршин А.С., Ягодкина А.А.**

*г. Волгоград, Россия*

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»*

*Министерства здравоохранения РФ*

*Кафедра госпитальной хирургии*

Научный руководитель:

Иголкина Л.А. - к.м.н.

**Введение.** Одной из главных и, в то же время, нерешенных проблем при панкреонекрозе, требующей дальнейшей разработки и уточнения, является определение показаний к оперативному вмешательству, сроку его проведения и объему [4].

Главным показанием к лапаротомии при панкреонекрозе в настоящее время являются инфицированные формы распространенного панкреонекроза [2, 3]. Поэтому необходим поиск показателей для диагностирования данных форм заболеваний [1].

**Цель.** Определить клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, которые указывают на инфицирование панкреонекроза.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 85 больных панкреонекрозом, которым выполнялась открытая лапаротомия. Все пациенты были оперированы на 1-3 сутки госпитализации. Догоспитальный период составлял от 6-12 часов до 2 суток. В эту группу вошли также 6 больных, которым вначале по поводу ферментативного перитонита при стерильном панкреонекрозе выполнялось лапароскопическое пособие, но в связи с прогрессированием заболевания в течение 4-5 суток после лапароскопии была выполнена открытая лапаротомия.

Показанием к открытой лапаротомии было прогрессирующее ухудшение состояния с рефрактерной ПОН и наличие данных за инфицирование процесса.

До операции у больных определяли следующие показатели: оценка тяжести состояния по шкале SAPS II (шкала оценки острых функциональных изменений), индекс тяжести Бальтазара (КТ), РСТ (прокальцитонинный тест), СИИ (суммарный индекс интоксикации).

**Результаты и обсуждение.** У 83-х больных по шкале SAPS II было более 14-15 баллов, и только у

2-ух было менее 10 баллов. При КТ, проведенной у 23-х больных, индекс тяжести Бальтазара составил более 6 баллов. РСТ у всех больных был более 2 нг/мл.

На операции у всех больных были выявлены инфицированные формы панкреонекроза, Индекс поражения брюшной полости при панкреонекрозе составил более 15-16 баллов.

Общая летальность составила 14,1 % (12 больных).

**Выводы:**

1. Показатели интегральных шкал (SAPS II), КТ, РСТ коррелируют с патоморфологическими изменениями при данном заболевании, а также являются прогностическими показателями инфицирования панкреонекроза.

2. Исходя из полученных данных: клинического, лабораторного и инструментального обследования, а также результатов исследования операционного материала следует отметить, что инфицирование панкреонекроза, особенно при его распространенных формах, наступает уже на 2-3 сутки.

**Литература**

1. Лебедев, Н.В. Системы объективных оценок тяжести состояния больных панкреонекрозом / Н.В. Лебедев, А.Ю. Корольков // Хирургия. 2006. № 7. С. 61 – 65.
2. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения // Проект 9-го Всерос. съезда хирургов. Волгоград, 20–22 сент. 2000 г. // Consilium medicum. – 2000. – Т. 3, № 6. – С. 1–15.
3. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. Острый панкреатит / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Изд. НЦССХ РАМН, 2000. – 60 с.
4. Mitchell R.M., Byrne M.F., Baillie J. Pancreatitis // Lancet. – 2003. – Vol.361. – P.1447–1455.

\*\*\*

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА**

**Пономарев Г.В.**

г. Омск, Россия

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Научные руководители:

Ларькин И.И. - д.м.н., профессор,

Ларькин В.И. - д.м.н., профессор

**Резюме.** При помощи статистических методов исследования изучены особенности регресса неврологического дефицита у больных с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) в зависимости от сроков начала оперативного лечения. Установлено, что операция, предпринятая в течение первых суток после травмы, увеличивает шансы на восстановление утраченных функций спинного мозга.

**Ключевые слова.** Позвоночник, спинной мозг, травма.

**Актуальность.** ПСМТ является серьезной и чрезвычайно сложной социально-медицинской проблемой, нуждающейся в разработке и совершенствовании методов интенсивной терапии и хирургической коррекции, создании вертебрологического регистра [1, 3]. Важность этих мероприятий диктуется тем, что спинальная нейрохирургия пока является относительно молодой дисциплиной – многие вопросы, касающиеся показаний, сроков и оптимальных методов лечения, до сих пор остаются открытыми, а накопленный опыт довольно ограничен [2].

Пациенты с ПСМТ представляют собой наиболее тяжелый контингент лечебно-профилактических учреждений, требующий высококвалифицированной вертебрологической, неврологической, реабилитационной помощи и социальной поддержки.

В настоящее время установлено, что пациенты с осложненной ПСМТ нуждаются в оперативном лечении в ранние сроки [4, 5]. Оперативное вмешательство направлено на декомпрессию спинного мозга и стабилизацию поврежденного позвоночно-двигательного сегмента.

**Цель работы.** Выявление особенностей регресса неврологического дефицита у больных с ПСМТ в зависимости от сроков проведения оперативного лечения.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ лечения 483 больных с ПСМТ, получавших специализированную помощь в Омском

Областном вертебрологическом центре за период 1994-2010 годов, из которых большая часть (75%) была трудоспособного возраста (20-49 лет). Среди пострадавших мужчин было – 348 (72%), женщин 135 (28%). 116 человек (24%) получили травму в результате ДТП, 305 человек (63,1%) – в бытовой ситуации. Всем пациентам проводилась оценка неврологического статуса по шкале ASIA (American Spinal Injury Association). Оценка повреждений позвоночника проводилась по классификации F. Magerl, 1989. Для статистического анализа данных использовалась программа «Statistica 6.0», применялся непараметрический метод корреляционного анализа Кендалла.

Выявлено, что полный неврологический регресс возникал у лиц, оперированных в ранние сроки после травмы (до 1-1,5 недель) с первоначальным неврологическим дефицитом, соответствующим группам C, D по ASIA ( $p=0,00001$ ) (рис. 1). Отсутствие неврологического регресса наблюдалось у лиц, оперированных в более поздние сроки и с грубым начальным дефицитом (группы A, B по ASIA) независимо от типа повреждения позвоночника ( $p=0,000008$ ) (рис. 2).

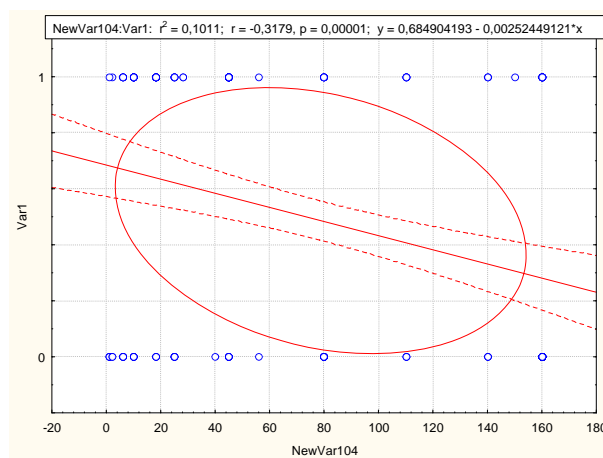


Рисунок 1. Результаты раннего оперативного лечения



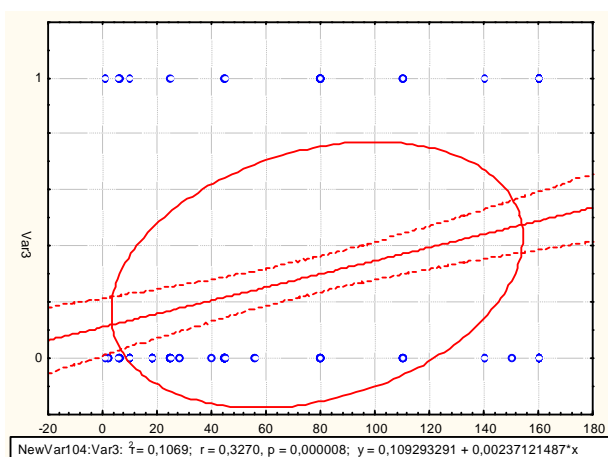


Рисунок 2. Результаты позднего оперативного лечения

**Выводы.** 1. Оперативное лечение выполненное в ранние сроки способствует регрессу неврологического дефицита при повреждениях типа C,D по ASIA.

2. При повреждениях типа A,B несмотря на отсутствие неврологической динамики, оперативное лечение создает условия для реабилитации пациента.

3. При выполнении оперативного пособия пациентам с ПСМТ в поздние сроки значительного регресса неврологического дефицита не отмечено.

### Литература

1. Коновалов А.Н. Необходимость создания Российского вертебрологического регистра / А.Н. Коновалов, Г.И. Назаренко, И.Н. Шевелев, С.Т. Ветрилэ, А.Е. Михеев, Н.А. Коновалов, А.Г. Назаренко // Журнал Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. – 2011. - №2. – С. 85-91.
2. Полищук Н.Е. Повреждения позвоночника и спинного мозга (механизмы, клиника, диагностика, лечение) / Н.Е. Полищук, Н.А. Корж, В.Я. Фищенко. – Киев : КНИГА плюс, 2001. – С. 30-34.
3. Савченко Ю.Н. Проблемы лечебно-восстановительных мероприятий при повреждениях позвоночника и спинного мозга. Сборник научных трудов / Ю.Н. Савченко. – Омский медицинский институт, 1982. – С. 3-10.
4. Grundy D. ABC of spinal cord injury. Fourth edition / D. Grundy, A. Swain. - BMJ Books. - 2004. - P. 44-55.
5. Vaccaro A.R. Fractures of the cervical, thoracic, and lumbar spine / A.R. Vaccaro. – Marcel Dekker, Inc. – 2002. – P. 45-57.

\*\*\*

### ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОНТАКТНОЙ МИКРОЭНДОСКОПИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

**Чупракова Ю.С., Зеленюк Н.С., Прохорова Е.А.**

г. Красноярск, Россия

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Минздрава России

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Научный руководитель:

Хорольская М.А. - к.м.н., ассистент

ЛОР-органы представляют собой скрытые от глаза полости сложной конфигурации. Поэтому имеет принципиальное значение разработка и совершенствование методов прямого осмотра ЛОР-органов. Традиционный ЛОР-осмотр, исторически сложившийся к середине прошлого столетия, не располагает возможностями детального или панорамного осмотра ЛОР-органов.

На сегодняшний день большинство существующих лечебно-диагностических алгоритмов, касающихся заболеваний верхних дыхательных путей, включает в себя эндоскопические методики. Это направление определяется развитием оптики с использованием линзовых, волоконных и цифровых систем с возможностью вывода изображения на монитор, а также регистрацией и последующим анали-

зом полученной картины, но стандартный эндоскопический осмотр не позволяет исследовать на клеточном уровне слизистую оболочку.

Известно, что микроэндоскопическое исследование - это эндоскопическое исследование на клеточном уровне. Впервые описание об исследовании слизистой оболочки полости носа с помощью контактной микроэндоскопии было представлено в зарубежной литературе М. Andrea, O. Dias в 1997 году. В нашей стране работы с данным методом ведутся с 2011 года. Для проведения микроэндоскопии используется контактный микрориноскоп с увеличением. Первоначально проводится эндоскопический осмотр полости носа. Затем на исследуемый участок слизистой оболочки носа нижней носовой раковины наносится 1% раствор метиленового синего. При

соприкосновении окуляра контактного эндоскопа со слизистой оболочкой полости носа становятся видимыми окрашенные клетки поверхностных слоев эпителия [3].

В ходе проведенной работы был обследован 61 человек (студенты) с различной патологией ЛОР-органов, выявленной во время ежегодных профилактических осмотров. Хронические заболевания ЛОР-органов отмечались в 107 случаях (8,8%) от общего количества осмотренных студентов. Основная доля - 19,6 % случаев (12 человек) принадлежит хроническому верхнечелюстному синуситу, далее 13,1% случаев (8 человек) принадлежит вазомоторному риниту.

Всем испытуемым было проведено эндоскопическое обследование носа, глотки, гортани, уха с помощью эндоскопа с оптикой «Hopkins» прямого видения 0° и передне-бокового видения 30° для общей оценки состояния анатомических структур. Эндоскопия полости носа была дополнена микроэндоскопическим исследованием слизистой оболочки носа.

При микроэндоскопическом исследовании слизистой оболочки полости носа у 35 студентов были выявлены нормальные показатели, характеризующиеся тем, что клетки имели полигональную форму с круглым темно-синим ядром и светло-синей цитоплазмой, с равномерным расположением клеточных элементов [4].

При вазомоторном рините наблюдалось рыхлое расположение клеточных элементов за счет гипермукоидизации, неоднородность окраски эпителия. Данную микроэндоскопическую картину мы наблюдали у 14 студентов, у 8 из них вазомоторный ринит был верифицирован ранее. В остальных 6 случаях (при условии нормальной эндоскопической картины и отсутствия жалоб) мы можем предположить, что вазомоторные явления, выявленные с помощью микроэндоскопии, являются ранним признаком проявления заболевания, что позволяет своевременно назначить соответствующее лечение либо дать рекомендации по профилактике данного заболевания.

В процессе исследования студентов с верифицированным хроническим верхнечелюстным синуситом (12 человек) было выявлено увеличение количества ядер в поле зрения, более интенсивная окраска ядра и цитоплазмы, плотное расположение клеточных элементов за счет диффузного разрастания эпителия.

Данные микроэндоскопического исследования полости носа не противоречат результатам эндоскопического исследования, а дополняют их.

Микроэндоскопия является неинвазивным, атравматичным методом, позволяет получить представление о начальных патологических изменениях в ткани до формирования субъективных и объективных клинических признаков заболевания.

Стандартно верификация патологии занимает в среднем 10 дней, что включает осмотр оториноларинголога, взятие мазка из полости носа и время на его бактериологическое и цитологическое исследование, морфологическое исследование патологической ткани полости носа.

Данный метод контактной микроэндоскопии может быть эффективно использован в условиях поликлиники, так как в среднем занимает 15 минут и может стать рутинным в обследовании больных на амбулаторных приемах. Также эта методика может быть рекомендована к использованию врачами различных оториноларингологических учреждений, что обусловлено технологической доступностью и информативностью метода.

Таким образом, в ходе проведенной работы следует, что:

1. Хронические заболевания ЛОР-органов у студентов КрасГМУ наблюдались в 107 случаях (8,8%) от общего количества осмотренных студентов.
2. Внедрение в амбулаторную практику микроэндоскопического метода обследования существенно облегчит работу ЛОР-врачей, так как данный метод позволяет оценить структуру тканей полости носа без нарушения слизистой оболочки и может быть использован в качестве экспресс-диагностики различных заболеваний полости носа.

### Литература

1. Пискунов, Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. - М.: Мед. информ. агентство, 2006. - 560 с.
2. Andrea, M. Contact endoscopy of the vocal cord: normal and pathological patterns / M. Andrea, O. Dias, A. Santos // Acta Otolaryngol. - 1995. - Vol. 115, №2. - P. 314-316.
3. Contact endoscopy of the nasal mucosa / M. Andrea, O. Dias, C. Macor et al. // Acta Otolaryngol. - 1997. - Vol. 21, № 2. - P. 307-311.
4. Contact endoscopy: contribution for chronic rhinitis evaluation / A. M. Santos, M. A. A. Simao, A. Santos et al. // Otolaryngol. Head Neck Surg. - 2005. - Vol. 133, № 2. - P. 254.
5. Endoscopic imaging techniques in the diagnosis of laryngeal carcinoma and its precursor lesions / C. Arens, K. Malzahn, O. Dias et al. // Laryngorhinootologie. - 1999. - Vol. 78, №12. - P. 685-691.

# Секция «Здоровый образ жизни»



\*\*\*

## ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

**Архипова З. В., Гуесва М. Г.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра физического воспитания, ЛФК, восстановительной и спортивной медицины*

Научный руководитель:  
Скрябина Р. С. – ст. преподаватель

Здоровье человека закладывается в детстве и определяется как возрастными особенностями растущего организма, так и влиянием на него условий окружающей среды.

Улучшение показателей здоровья в основном достигается через решение следующих реальных практических задач: укрепление и расширение приверженности населения здоровому образу жизни, снижение распространенности вредных для здоровья привычек, поведения и питания, оздоровление окружающей среды.

В настоящее время попытки позитивного воздействия на образ жизни и здоровье молодежи, предпринимаемые во многих регионах России, отличаются большим разнообразием.

Активно идет процесс разработки методических и организационных подходов к сохранению здоровья обучающихся, его формированию и развитию, различных педагогических технологий, направленных на сохранение здоровья участников образовательного процесса, а также продолжается процесс исследования практического опыта, накопления теоретических знаний и научного обоснования здоровьесохраняющих технологий. Как и любая педагогическая технология, здоровьесохраняющая технология имеет свои целеполагание и принципы.

Итак, как показывают статистика ЛПУ и данные НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением проблема здоровья учащихся и молодежи является одной из самых актуальных для общества в целом и для медицины и педагогики в частности.

Отправным пунктом для медико-социальной интерпретации здоровья является определение, принятое Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в 1946 году: «Здоровье является состоянием полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физиче-

ских дефектов».

Вообще можно говорить о трех видах здоровья: о здоровье физическом, психическом и нравственном:

- физическое здоровье - это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

- психическое здоровье - зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

- нравственное (социальное) здоровье - определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе.

Здоровье - состояние, которое позволяет вести человеку полноценную, не стесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, то есть испытывать душевное, физическое и социальное благополучие.

На состояние здоровья влияют многочисленные факторы. Основными из них являются наследственность (20%), экология (20%), образ жизни (50%), уровень развития здравоохранения (10%)

Основными факторами риска для здоровья являются:

1. Некачественное, несбалансированное питание, избыточный вес.

2. Отсутствие сформированной физической активности, осознанной потребности в регулярной физической тренировке, гиподинамия, недостаточный объем оздоровительной двигательной деятельности.

3. Экологически неблагоприятные условия (труда, жилья, отдыха).

4. Беспорядочный режим труда и отдыха.

5. Недостаточные сон и восстановление, перегрузки.

6. Злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, табакокурение.

7. Вредность «пьяного зачатия», несоблюдение норм поведения в быту, семье, отрицательное влияние на детей родителей, учителей, не соблюдающих требования здорового образа жизни.

8. Неудовлетворенность жизнью, работой, положением в семье, одиночество, недостаток общения.

9. Длительная фиксация сознания на неудачах, ошибках, стрессовых состояниях.

10. Вредные для здоровья эмоции (злоба, зависть, агрессивность).

11. Отсутствие или неясность цели в жизни.

12. Отсутствие или недооценка менталитета здоровья.

13. Низкий уровень общей, нравственной, духовной, физической культуры, отсутствие здорового стиля жизни.

14. Недооценка здоровья в иерархии потребностей человека.

15. Незнание людей о возможностях укрепления здоровья или соответствующие знания не стали для них правилом здоровой жизни.

16. Физиологические состояния, влияющие на жизнедеятельность человека (период полового созревания, климакс, старость).

17. Слабое участие средств массовой информации в активной пропаганде здоровья.

Одними из важнейших отрицательных факторов в данной цепи, влияющих на здоровье, являются: нерациональное питание, гиподинамия, алкоголизм, наркомания и табакокурение.

Человек - сам творец своего здоровья, за которое надо бороться.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) - это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаляющий и, в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

Важнейшей составной частью социальной и экономической стратегии государства является подготовка высококвалифицированных кадров для различных отраслей народного хозяйства. Успешное решение данной проблемы во многом зависит от состояния здоровья и работоспособности студенческой молодежи.

**Цель исследования** – изучить состояние здоровья, выявить влияние социально-гигиениче-

ских факторов и образа жизни студентов ХМГМА, составить программы профилактики на основе исследований

### **Задачи:**

1) проанализировать изменения состояния здоровья студентов с 4 по 6 курс.

2) изучить медицинскую активность студентов и некоторые факторы образа жизни.

Объект исследования – студенты Ханты-Мансийской государственной медицинской академии.

Основные заболевания, выявленные в процессе исследования, и меры профилактики

1. Нарушение зрения

2. Заболевания желудочно-кишечного тракта

3. Нарушение работы опорно-двигательного аппарата

4. Нарушение работы сердечно-сосудистой системы

5. Аллергии

В современных условиях увеличивается социальная значимость высшего образования, обеспечивающего профессиональный уровень подготовки молодежи по индивидуальным возможностям и запросам. Учебные заведения особой формой и содержанием учебно-воспитательного процесса должны помогать студентам в самовоспитании, самоопределении, нравственном самосовершенствовании, освоении социального опыта.

Хорошее здоровье необходимо студентам как ресурс душевных и физических сил для будущей работы по сохранению здоровья населения.

Здоровье человека на 50% зависит от образа жизни (характера питания, стрессов, условий жизни, учебы и профессиональной деятельности), поэтому изменения (улучшение) здоровья зависит от желания и умения выработать разумное поведение в соответствии с условиями существования. Учиться управлять своим здоровьем необходимо с момента рождения, а успех этой учебы зависит, кроме врачей, от знаний и умений родителей и учителей. Таким образом, на первое место необходимо выдвинуть формирование, сохранение и укрепление здоровья молодежи, и, в первую очередь, самими студентами.

### **Литература**

1. МЕДУНИВЕР [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://meduniver.com/>
2. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СЕТЬ [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.medicinform.net/>
3. ЗДОРОВАЯ ПЛАНЕТА [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.zdorovajaplaneta.ru/>
4. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://tonus.by/>

\*\*\*

ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ  
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СУРГУТСКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА

*Асутаев Ш.Д., Гашимов С.А., Пандунц А.А.*

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт, лечебный факультет*

*Кафедра физиологии*

Научный руководитель:

Павловская В.С. - к.м.н., доцент

В настоящее время значительное внимание уделяется вопросам здоровья студентов, их полноценной адаптации к условиям образовательного процесса. Хорошо известно, что адаптационные процессы в организме студентов наряду с учебной нагрузкой и социальными факторами детерминируются влиянием целого ряда факторов окружающей среды.

Окружающая среда непрерывно воздействует на человека и, подчас не самым благоприятным образом. На людей оказывает влияние климатическая зона проживания, погодные условия, свойства атмосферы, количество солнечных дней в году, качество употребляемой воды и еще множество внешних факторов. Но, при этом, средний городской житель до 80% своего времени проводит в помещениях, среда обитания в которых резко отличается от климатических условий данного региона.

Любое замкнутое пространство – квартира, служебный офис, студенческая аудитория, спортзал, обладает набором характеристик, объединенных одним понятием – микроклимат помещения.

Согласно ГОСТ 2011 «Параметры микроклимата в учебных помещениях», микроклимат – состояние внутренней среды помещения, оказывающее воздействие на человека, характеризуемое показателями: температуры воздуха и ограждающих конструкций; влажностью, подвижностью и химическим составом воздуха, источниками излучения, освещенностью и уровнем шума в помещении.

Основными местами проведения учебно-воспитательной работы в вузе являются учебные кабинеты и лекционные аудитории. В них студенты и преподаватели проводят большую часть своего времени, поэтому к гигиеническому состоянию этих помещений предъявляют особо высокие требования.

Несоответствие гигиеническим требованиям воздушного режима, уровня естественного и искусственного освещения ухудшает восприятие и усвоение учебного материала.

При несоблюдении комфортных условий самочувствие и здоровье участников образовательного процесса может ухудшаться, следовательно будет уменьшаться и работоспособность.

**Цель исследования:** Гигиеническая оценка состояния параметров микроклимата и освещения учебных аудиторий и кабинетов медицинского института СурГУ, и их влияние на самочувствие студентов.

**Объект исследования:** Учебные аудитории и кабинеты кафедр физиологии, морфологии и общей патологии.

Определение микроклимата проводилось в течение недели утром и вечером в зимнее время.

**Методы исследования:**

- Определение яркости и освещения помещения с помощью люксметра.
- Определение температуры, влажности, давления, скорости движения воздуха в помещении с помощью метеометра.

Расчеты проводились с помощью программы «Biostat» с использованием описательной статистики, достоверность различий оценивали по критерию Манна-Уитни.

**Результаты собственных исследований:**

Параметры относительной влажности воздуха во всех исследуемых аудиториях кафедр в течение дня практически не изменялись и соответствовали гигиеническим нормам в большинстве случаев или находились на нижней границе нормы. Понижение данного параметра наблюдалось в 50 % кабинетов и аудиторий, подвергнувшихся исследованию, как днем, так и вечером. Отклонение от нормы (30- 40%) в сторону уменьшения составило 40 %.

Температура воздуха в аудиториях также мало различалась утром и вечером, однако во всех аудиториях она была выше оптимальных величин (19-21°С) на 2 градуса в большинстве точек, а на некоторых кафедрах даже на 3-4°С. Колебания температуры воздуха в помещениях по горизонтали и вертикали – в пределах 1-2 градуса, что говорит о ее равномерности.

Показатели атмосферного давления практически не изменялись в течение дня, однако в аудиториях кафедр морфологии и общей патологии величины давления были выше оптимальных значений (101 – 101.5 кПа) на 3-5%. В данном случае этот па-

раметр человеком не может регулироваться самостоятельно, кроме повышения этажности здания.

Нами определено, что во вторую половину дня отмечается повышение скорости движения воздуха по сравнению с утренними часами, что возможно было связано с активным проветриванием аудиторий. Однако, все показатели находились в диапазоне нормальных величин (0.02- 0.2 м/с), исключение составили утренние значения параметров на кафедре морфологии. В ряде аудиторий кафедр морфологии и физиологии скорость движения воздуха была на нижней границе допустимой нормы, что указывает на застой воздуха в помещении и об исключении проветривания данных помещений в течение дня.

Во всех аудиториях показатели яркости были более высокими утром и значительно (на 50-70%) ниже в сравнении с вечерними. Яркость во всех аудиториях кафедр физиологии, за исключением утренних величин, была значительно ниже нормальных значений (400-500кд/м<sup>2</sup>) на 50-60%, а на кафедре морфологии на 80-90%. Повышенная яркость в утренние часы связана с ориентацией аудиторий на южную сторону.

Параметры естественной освещенности во всех аудиториях были выше утром, т.к. основная часть аудиторий ориентирована на юг и юго-восток. Оптимальные значения этого показателя 400 – 500 лк, вечером естественное освещение отсутствовало. Искусственное освещение представлено газоразрядными лампами (люминесцентными) – ЛХБ мощностью 18 ватт. Лампы заключены в потолочные перекрытые светильники отражающего и рассеивающего света. Каждый светильник по 4 лампы, светильники везде расположены двумя параллельными рядами над рабочими местами. Количество светильников в разных помещениях различно. На кафедре физиологии показатели освещенности ближе к норме, а на кафедре морфологии и патологии ниже на 80-90 %.

При нормировании микроклимата различают:

Оптимальные условия – сочетание параметров микроклимата, которое обеспечивает полный тепловой комфорт и высокую производительность труда.

Допустимые условия – условия, которые могут приводить к некоторому дискомфорту, но не выходят за рамки адаптивных возможностей человека.

При отклонении от этих предельно допустимых норм, происходят различные нарушения в организме, которые в объединенном значении приводят к нарушению процессов обучения, заболеваемости и производства.

Для выявления отклонений в состоянии здоровья студентов, занимающихся в данных учебных аудиториях, нами было проведено анкетирование 92 человек по выявлению признаков вегетативных изменений (Вейна).

Результаты анкетирования:

Чувство нехватки воздуха и учащенное дыхание в душном помещении наблюдалось у 23% сту-

дентов. У 15% учащихся наблюдалось ощущение возможной потери сознания в душном помещении. Периодические приступообразные головные боли наблюдались у 44% студентов. Снижение работоспособности и быстрая утомляемость наблюдались у 56% студентов.

На основании проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Полученные параметры микроклимата в помещениях МИ СурГУ можно отнести к допустимым условиям.

2. При измерении микроклимата на кафедрах морфологии, физиологии и общей патологии большинство показателей (влажность, давление, освещенность и яркость) не соответствует нормам установленным ГОСТ 30494-2011 «Параметры микроклимата в учебных помещениях».

3. Выявленное состояние микроклимата приводит к снижению продуктивности, работоспособности, утомляемости, неблагоприятным функциональным сдвигам в организме студентов, что отражено в результатах анкетирования студентов.

Для оптимизации условий работы студентов в помещениях МИ СурГУ необходимо провести ряд мероприятий, которые будут способствовать приближению всех показателей к оптимальным условиям.

1. Для увеличения показателей освещенности и яркости следует установить большее количество линейных светильников с увеличением мощности ламп. Для уменьшения слепящего действия солнечного света оснастить кабинеты жалюзи.

2. Для нормализации температуры необходимо установить на радиаторах отопления регуляторы.

3. С целью нормализации влажности необходимо установить увлажнители воздуха.

4. Для снижения повышенной скорости движения воздуха, необходимо установить герметичные прокладки на дверях и окнах, а так же проводить сквозное проветривание помещений после каждого занятия в отсутствие студентов.

### Литература

1. Блинова Е.Г., Кучма В.Р. Основы социально-гигиенического мониторинга условий обучения студентов высших учебных заведений // Гигиена и санитария. 2012. № 1. - С. 35-40.
2. Гигиена труда / Под ред. Н.Ф. Измерова, В.Ф. Кириллова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -592с.
3. ГОСТ 30494-2011. ЗДАНИЯ ЖИЛЫЕ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ. Параметры микроклимата в помещениях. М., 2011. - 23с.
4. Кожевникова Н.Г., Катаева В.А. Гигиенические аспекты формирования здорового образа жизни студентов // Гигиена и санитария. 2011. № 6. - С. 48-51.
5. Кучма В.Р., Текшева Л.М., Надеждин Д.С. Гигиенические аспекты применения светодиодных источников в системах общего искусственного освещения // Гигиена и санитария. 2011. № 2. С. - 41-45.
6. Поборский А.Н., Юрина М.А., Павловская В.С. Функциональные возможности организма студентов, начинающих обучение в неблагоприятных климатогеографических условиях среды // Экология человека. 2010. № 12. С. - 27-31.
7. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». № 323-ФЗ от 21.11.2011.

\*\*\*

ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ В ПИТАНИИ  
СТУДЕНТОВ Г. ХАНТЫ – МАНСЙСКА

*Будайханов З.А., Бессонова В.Д.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нормальной и патологической физиологии*

Научный руководитель:  
Корчин В.И. - д.м.н., профессор

Состояние здоровья и качество жизни человека зависят от многих факторов: социально-экономических и экологических, образа жизни, возраста, пола, наследственности и т.д.

Одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Нехватка времени, некомпетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни - все это привело к неразборчивости в выборе продуктов. Известно, что питание является мощнейшим фактором воздействия на организм, оно действует на организм постоянно, непрерывно на протяжении всей жизни человека, уступая по силе воздействия только воздуху и воде [1]. Неправильное питание становится серьезным фактором риска развития многих заболеваний. Беспочвенно растет популярность среди студентов продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители, консерванты, модифицированные компоненты [2]. В результате статистика последних лет показывает резкое увеличение среди молодых людей лиц, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно - сосудистой системы, сахарным диабетом и т.д. Предотвратить такие заболевания можно, если вести здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаться [3].

**Цель** нашего исследования: создать условия для формирования правильного

отношения студентов к продуктам, содержащим генетически модифицированные организмы.

Для реализации поставленной цели необходимо было решить следующие **задачи**:

- провести анализ осведомленности студентов ХМГМА о вреде генетически модифицированных продуктов;
- выявить наиболее часто употребляемые студентами продукты, которые содержат опасные «Е» добавки;
- разработать информационные бюллетени для студентов.

Настоящее исследование проводилось в 2 этапа: на первом – использовали анкеты закрытого типа, с помощью которых осуществляли опрос в течение 2012/2013 г. 100 студентов ХМГМА в возрасте

17-20 лет; на втором – выборочный в 4 супермаркетах анализ маркировки на продуктах питания о присутствии в них ГМО.

В результате проведенного нами анкетирования было выявлено: 65% респондентов плохо осведомлены о том, какие продукты являются генетически модифицированными. Пищевые предпочтения у опрошенных студентов ХМГМА были ранжированы следующим образом : употребление варенных колбасных изделий – 71%, майонеза – 69%, кетчупа – 31%, чипсов – 36%, консервированных овощей – 33%, копченых колбас -26%, лапша и картофельное пюре быстрого приготовления – 19%. Большая часть молодежи (70%) в своем рационе питания часто использует шоколадные батончики «Сникерс», «Марс», а также газированные напитки «Кока-кола», «Пепси», «Спрайт» и др. Следует отметить, что 74% из группы обследуемых лиц доверяют соответствующей маркировке «без ГМО» на товаре и только 26% все равно читают состав ингредиентов на этикетке, несмотря на маркировку «без ГМО». Кроме того 68% обследованных студентов не знают, что компании «Nestlé», «Heinz», «Coca-Cola», «McDonalds», «Danon», «Mars», «Lays» и др. в своей продукции содержат ГМО.

Все покупки для пополнения продуктовой корзины осуществлялись в супермаркетах (преимущественно после 18 часов) без учета их полезности в ежедневном рационе питания. Достоин внимания и тот факт, что более половины респондентов не смогли вразумительно ответить на вопрос о возможном негативном влиянии генетически модифицированных пищевых продуктов на состояние здоровья.

По результатам исследования была составлена сводная таблица «Потребительские предпочтения в выборе продуктов питания у студентов», в которой приведены наиболее часто употребляемые молодежью продукты с включением той или иной добавки и указанием фирм производителей.

Следовательно, в условиях постоянного влияния различных факторов риска (проживание в северном регионе, существенные информационные нагрузки, отдаленность от родительского дома и др.) у молодежи формируется искаженное представление о наиболее рациональном сбалансированном

питании.

Необходима целенаправленная работа по устранению подобных пищевых предпочтений среди студентов и первым шагом на этом пути была разработка нами информационных бюллетеней, позволяющих лучше ориентироваться в маркировке различных продуктов питания.

Таким образом, возможность вести здоровый образ жизни, в котором рациональное питание является значимой составляющей, необходимо и доступно каждому студенту для улучшения своего здоровья и получения достойной профессии.

#### Литература

1. Агбалин Е.В. Прогностическая значимость факторов питания в формировании хронических неинфекционных заболеваний на Крайнем Севере: Автореф. дисс. ... докт. биол. наук. – М., 2005. – 38 с.
2. Сорокун И.В. Системный анализ влияния фактического рациона питания на поведение вектора состояния организма студентов северного вуза: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – Сургут, 2009. – 24 с.
3. Красовский О.А. Генетически модифицированная пища: возможности и риски // Человек. – 2002. – № 5. – С. 158-164.

\*\*\*

### ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В НАПИТКАХ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ПРОДУКТОВ ПЕРЕРАБОТКИ ДИКОРАСТУЩИХ ЯГОД (КЛЮКВА, БРУСНИКА) ПУТЕМ ДИСПЕРГИРОВАНИЯ В КАВИТАЦИОННОМ АППАРАТЕ

**Горбцова К.А.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нормальной и патологической физиологии*

Научный руководитель:

Корчин В.И. - д.м.н., профессор

Напряжение механизмов адаптации у жителей Севера превышает аналогичные показатели у жителей регионов с комфортным климатом на 30 - 70%. Это сопровождается замедлением скорости восстановительных процессов, скорости обменных процессов, снижением функциональных возможностей эндокринной и иммунной систем. [1]. Особое место в сохраняющей и развивающей здоровье населения системе жизнеобеспечения занимает обеспечение рационами питания, сбалансированными в соответствии с особенностями и потребностями обменных процессов у человека в дискомфортных и субэкстремальных климато-географических условиях Севера. У жителей северных районов формируется так называемый "полярный метаболический тип", при котором повышается роль жиров и белков, витаминов, макро- и микроэлементов в пищевом рационе. Так, например, в условиях Крайнего Севера потребность в витамине С повышается на 30-50%. Для восполнения потребности в витаминах и микроэлементах можно использовать дикорастущие северные ягоды. Обладая прекрасными вкусовыми качествами, дикорастущие ягоды Севера служат богатыми источниками витаминов, минеральных и биологически активных веществ, а также ценнейшим лекарственно-техническим сырьем [2]. Известно, что северные лесные ягоды гораздо богаче витаминами, чем их сородичи в южных областях.

Ягоды, как источник витаминов и лечебное средство, имеют преимущество перед другими про-

дуктами питания, они являются исключительными естественными химическими регуляторами пищеварительного процесса. Даже небольшой период (три-четыре недели) употребления в пищу ягод значительно обогащает организм важнейшими минеральными элементами.

Процессы высушивания, замораживания, удаления кожуры, хранения в металлической посуде, пастеризация, также существенно снижают содержание полезных веществ в продуктах питания из дикорастущих ягод. При термической обработке теряется от 25 до 100% витаминов. Следовательно, актуальной задачей представляется разработка способов щадящей низкотемпературной обработки ягод, позволяющих сохранить исходное количество витаминов в готовом продукте или минимизировать их потери без ухудшения органолептических свойств.

По оценкам специалистов, запас дикорастущих ягод в лесах России составляет 9,5 млн тонн, и более 60 % общих запасов ягод в европейской части страны приходится на Северный и Северо-Западный регионы [3]. Организация сбора и переработки дикорастущих ягод на территории ХМАО-Югры является одной из важных социально-экономических задач в стратегии регионального развития. Тем не менее, в настоящее время это сырье недостаточно используется в пищевой промышленности и общественном питании населения округа. Исходя из этой предпосылки, представляло интерес исследовать содержание аскорбиновой кислоты в напитках, полученных



из продуктов переработки дикорастущих ягод ХМАО-Югры путем инновационной низкотемпературной безотходной переработки.

Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе - приготовление напитка осуществляли с использованием свежемороженого сырья, предварительно хранившегося при температуре -18°С в течение 6 месяцев. Второй этап исследования включал оценку содержания аскорбиновой кислоты в напитках, полученных из свежей ягоды.

Приготовление напитков выполнялось с использованием двух температурных режимов: максимальный нагрев ягодной массы до +50°С и +70°С для каждого вида ягоды. Свежие или свежемороженые ягоды совместно с семенами и плодоножками диспергировали в кавитационном аппарате МАГ-50-11В, с добавлением воды и сахара. Диспергирование проводили с градиентом роста температуры 2°С/мин при достижении ягодной массой максимальной температуры (+50°С и +70°С) и выдерживали при этой температуре в условиях диспергирования в течение 3 мин. После чего производили горячий асептический розлив и укуповивание продукта в стерильные пластиковые контейнеры. Полученные образцы хранили при температуре -4°С на протяжении всего времени исследования.

В процессе работы проводилась поэтапная количественная оценка содержания витамина С в готовом продукте с использованием метода флуориметрии на аппарате «ФЛЮОРАТ-02-3М» фирмы «ЛЮМЭКС» (г. Санкт-Петербург) с предварительно установленными спектральными характеристиками фотолюминесценции. Выполняли сопоставление полученных результатов с показателями, выявленными в исходном сырье.

В рамках исследования проведено количественное определение содержания аскорбиновой кислоты (витамин С, имеющий наибольший удельный вес в составе ягод) в образцах ягод и напитках, приготовленных как из свежемороженого (табл.1), так и свежих ягод (табл.2) с использованием различных температурных режимов переработки сырья (табл.1).

При сопоставлении уровня витамина С в исходном сырье (цельные ягоды) и полученных образцах напитков установлен эффект обогащения аскорбиновой кислотой готового продукта, что, вероятно, объясняется безотходной переработкой и диспергированием всех компонентов ягоды (кожура, семена). Содержание витамина в готовом продукте в зависимости от максимального температурного режима переработки было сопоставимо.

Независимо от длительности хранения ягод (свежая, свежемороженая) уровень показателя в образцах был сходным. Анализ содержания аскорбиновой кислоты в напитках из свежей ягоды продемонстрировал снижение параметра к концу 4 - недельного периода хранения продукта в условиях холодильной камеры при температуре -4°С.

Таблица 1.

**Содержание аскорбиновой кислоты (мг/г) в образцах, полученных при переработке свежемороженой ягоды**

Исследуемый продукт	Содержание витамина С
1	2
Свежемороженая клюква	0,159±0,032
Клюквенный напиток +50°С	0,922±0,139
Клюквенный напиток +70°С	1,278±0,179
Свежемороженая брусника	0,250±0,05
Брусничный напиток +50°С	1,375±0,192
Брусничный напиток +70°С	1,539±0,215

Таблица 2.

**Содержание аскорбиновой кислоты (мг/г) в образцах напитков, полученных при переработке свежей ягоды**

Исследуемый продукт	Содержание витамина С
1	2
Клюквенный напиток +50°С	1,248±0,213
Клюквенный напиток +70°С	1,089±0,020
Брусничный напиток +50°С	1,210±0,206
Брусничный напиток +70°С	1,250±0,211

Таким образом, в результате исследования установлено увеличение содержания витамина С в готовом продукте по сравнению с таковым показателем в сырье (брусника, клюква), что, вероятно, связано с обогащением напитка аскорбиновой кислотой в процессе безотходной переработки ягод. Эффект кавитации, используемый при переработке сырья, позволяет достигать существенной гомогенизации массы продукта с одновременной ее стерилизацией за счет разрушения клеточной стенки бактерий.

При изучении влияния щадящих температурных режимов переработки ягод с достижением максимальных значений +50°С и +70°С получены сопоставимые результаты содержания аскорбиновой кислоты. Следовательно, для промышленного производства брусничного и клюквенного напитков может быть рекомендован режим переработки с максимальным нагревом сырья до +50°С в связи с меньшими временными затратами при его использовании.

Брусничный и клюквенный напитки, полученные из сырья, произрастающего на территории ХМАО-Югры, с использованием инновационного метода переработки, содержат оптимальное количество аскорбиновой кислоты, необходимой для сбалансированного рациона питания жителей северных регионов.

Рекомендуемый объем напитка для ежедневного использования - 250-500 мл/сутки, что соответствует 50-100 г ягоды.

### Литература

1. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину / В.И. Хаснулин.- Новосибирск: Наука, 1998.- 337 с.
2. Кошечев А.К., Смирняков Ю.И. Лесные ягоды. М.: «Экология», 2е издание, 1992.- 273с.
3. Николаев Г.В., Кукуев Ю.А., Паукова Н.А. Освоение недревесных ресурсов леса на севере и северо-западе Европейской части России. Лесное хозяйство. 1999. - № 1. – С. 44-46.

\*\*\*

### ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ СТУДЕНТАМИ УРАЛЬСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

*Капореико Ю.В.*

*г. Екатеринбург, Россия*

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»*

*Кабинет профилактики курения, алкоголизма, наркомании и других видов зависимостей студентов УГМА*

Научный руководитель:

Богданов С.И. - д.м.н., ассистент,

руководитель кабинета профилактики зависимостей УГМА

Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, распространение потребления наркотиков происходит преимущественно за счет молодой части населения [5]. Современные ученые отмечают негативную тенденцию увеличения распространенности злоупотребления наркотическими средствами в молодежной среде [4]. Лидерами потребления наркотиков среди молодежи являются учащиеся средних профессиональных учебных учреждений [6], в меньшей степени наркотизации подвержены подростки и учащиеся общеобразовательных и высших учебных заведений [2,3]. В настоящее время с профилактической целью проводят тестирование на выявление потребления наркотиков и других психоактивных веществ (ПАВ) у студентов [6]. Особенно важны такие исследования в медицинских ВУЗах, так как в ряде исследований [2] профессию врача относят к факторам повышенного риска в плане злоупотребления ПАВ. Учитывая все вышесказанное, с сентября по декабрь 2012г. сотрудниками кабинета профилактики зависимостей Уральской государственной медицинской академии (УГМА), было проведено анкетирование среди студентов медицинского вуза г. Екатеринбурга.

**Цель исследования** - изучение уровня распространенности потребления наркотиков в группе студентов 1, 3, 5 курсов УГМА и сравнение его с уровнем 2008 г.

**Материалы и методы исследования.** В анонимном анкетировании приняло участие 397 человек, студентов 1, 3 и 5 курсов УГМА, обучающихся на всех факультетах вуза. Всем участвующим в опросе была гарантирована анонимность; все студенты одной группы или потока заполняли анкету одновременно, находясь в одном помещении, под руководством специально подготовленных интервьюеров в соответствии со стандартной методикой опроса.

Исследование распространенности упот-

ребления наркотиков проводилось с использованием анкеты ESPAD. Методологической основой анкеты являются научные разработки Экспертного комитета по эпидемиологии наркотиков Группы Помпиду Совета Европы. Инструмент исследования – анонимная анкета, включавшая вопросы о курении, употреблении алкоголя и наркотиков, а также ряд вопросов, посвященных образу жизни студентов, аспектам информированности о вреде употребления наркотических средств, отношения к их употреблению, возможности достать ПАВ. Национальный научный центр наркологии Минздрава России (Москва) рекомендовал данный инструмент для проведения исследований среди студентов вузов. [3] Полученные данные были сведены в электронную базу данных. Обработка проводилась методами статистического анализа в пакете прикладных программ (ППП) SPSS.

Анализ возрастных характеристик исследуемой группы показал, что в анкетировании приняла участие молодежь от 17 до 28 лет. При этом более девяноста процентов (91,9 %) составляли лица от 18 до 22 лет. Остальные возрастные группы были представлены единичными случаями. Среднее значение возраста составило 19,9 года, стандартное отклонение – 0,1, медиана – 20 лет, перцентиль 75 % – 21 год. Распределение респондентов по полу было следующим: мужчины – 21,4 %, девушки – 78,6 %. Данное соотношение достаточно характерно для медицинских вузов. Около половины студентов (48,9 %) учились на лечебно-профилактическом факультете, 26,7 % – на медико-профилактическом, 22,9 % – на педиатрическом факультете. В единичных случаях в исследовании принимали участие студенты стоматологического, фармацевтического факультетов, курса клинической психологии. В целом выборка студентов включенных в исследование по полу, возрасту и представительству факультетов, может считаться репрезентативной.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате исследования было выявлено, что желание попробовать какой-либо наркотик было более чем у половины респондентов (51,1%), причем у женщин это желание отмечалось несколько чаще (52,7%), чем у мужчин (47,6%). Обращает на себя внимание, что желание попробовать наркотики у студентов 3-го курса было на 29,3% выше, по сравнению с первокурсниками (54,3% и 25,0% соответственно), а у студентов 5-го курса – на 60% выше, по сравнению с первокурсниками (85,0% и 25,0% соответственно) и на 30,7% выше по сравнению со студентами 3-го курса (85,0% и 54,3% соответственно).

Респонденты выявили достаточно высокую общую осведомленность о различных видах наркотиков. Более 80% слышали о марихуане (гашише), восемь из десяти студентов знают о транквилизаторах или седативных средствах и ЛСД, 70% слышали о крэке, а каждый второй знаком с галлюциногенными грибами. Меньшая информированность касалась кокаина, героина, экстази и метадона. Самым малоизвестным оказался оксibuтират натрия, о нем знают лишь 38,7%. В целом мужская часть респондентов показала несколько большую информированность, а третий и пятый курсы были более осведомлены о большей части наркотиков по сравнению с первым курсом. Вызывает определенный интерес тот факт, что по таким наркотикам, как кокаин и галлюциногенные грибы первокурсники проявили несколько большую осведомленность.

Наибольший интерес представляли вопросы распространенности потребления наркотиков среди студентов УГМА. О своей интактности в отношении к наркотикам заявили 86,2% респондентов. Среди мужчин доля никогда не употреблявших наркотики была меньше по сравнению с женщинами (80,7% и 88,0% соответственно), на первом курсе удельный вес интактных к наркотикам лиц значительно выше, чем на 3 и 5 курсах (94,5% и 83,9%, 82,2% соответственно).

На вопрос о том, какой из наркотиков был попробован первым, первое место разделилось между марихуаной и кокаином – по 4,8%. Транквилизаторы употребили в качестве первого наркотика 2,1% опрошенных, чуть меньше использовали ЛСД – 1,5%. Из других видов наркотиков, которые пробовались первыми в единичных случаях значились амфетамины и галлюциногенные грибы.

Анализируя причины, приведшие к первой пробе наркотика, мы выяснили, что ведущей причиной является любопытство (73,2% ответов), затем следует желание получения приятных ощущений и другие причины (по 14,4%). Самой редкой причиной оказалось желание забыть о своих проблемах. Обращает на себя внимание тот факт, что если у женщин в качестве побудительных причин наркотизации конкурировали желание получить приятные ощущения и любопытство, то у мужчин главной побуждающей причиной являлось любопытство.

Особый интерес представляет анализ употребления отдельных видов наркотиков. Никогда не употребляли марихуану 91,1% опрошенных. В группе употреблявших марихуану 3/4 респондентов ограничились единичными эпизодами, однако, 25,9% употребляли ее неоднократно. 6,7% респондентов наркотизировались 10-19 раз. Ключевым вопросом для выявления уровня систематического употребления марихуаны или гашиша был «сколько раз за последние 30 дней вы употребляли марихуану или гашиш?». Ни разу не употребляли 96,5% из общего числа исследованных, 91,8% мужчин, 96,5% женщин. Самый низкий уровень на первом курсе – 99% опрошенных не употребляли эти слабые наркотики. Наиболее высокий показатель среди мужчин – 57,3% из употреблявших когда-либо марихуану или гашиш за последние 30 дней употребляли ее 1-2 раза, у 28,6% мужчин более частый показатель – 6-9 раз, а 14,6% - 10-19 раз за последние 30 дней. Нужно отметить, что не было выявлено студентов с количеством употреблений более 20 раз.

Ситуация употребления других ПАВ студентами УГМА представляет следующую картину. Алкоголь в сочетании с таблетками употребляли 4,3%, а в сочетании с марихуаной (гашишем) – 3,8%. Опыт употребления транквилизаторов имеют 2% респондентов. Менее 1% приходится на остальные виды наркотиков, их употребление носит в основном единичный характер.

Используя данные исследования, проведенные в УГМА в 2008 г. с применением аналогичного исследовательского инструмента [1], мы смогли провести сравнение данных по распространенности употребления наркотиков в 2008 г. и в 2012 г. При анализе данных 2008 и 2012 гг. особый интерес вызвал вопрос «было ли у вас желание попробовать какой-либо наркотик?» (табл. 1).

Таблица 1.

**Было ли у Вас желание попробовать какой-либо наркотик?**

	Оба пола, %		Мужчины, %		Женщины, %		1 курс, %		3 курс, %		5 курс, %
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2012
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Да	31,4	51,1	34,9	47,6	29,3	52,7	27,2	25,0	36,6	54,3	85,0
Нет	68,6	48,9	65,1	52,4	70,7	47,3	72,8	75,0	63,4	45,7	15,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

Оказалось, что желание употребить наркотик значительно возросло по сравнению с 2008 годом. На сегодняшний день чуть больше половины респондентов хотели бы попробовать какой-либо наркотик, а в 2008 году таких студентов была лишь треть. Тенденция к увеличению данного желания от первого курса

к более старшим была и в 2008 году, но данные исследования 2012 г. значительно превышают предыдущие показатели.

С прогностической точки зрения весьма важным является анализ первых проб наркотиков и других ПАВ (табл. 2).

Таблица 2.

### Какой из наркотиков (если такое случилось) Вы попробовали первым?

	Оба пола, %		Мужчины, %		Женщины, %		1 курс, %		3 курс, %		5 курс, %
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2012
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Я никогда не употреблял никаких наркотиков	72,9	86,3	62,7	80,7	78,9	88,0	77,3	94,5	66,2	83,9	82,2
Транквилизаторы или седативные средства без назначения врача	1,4	2,1	0,0	1,2	2,1	2,0	0,9	0,9	2,8	2,4	2,4
Марихуану или гашиш (план, «травку», анашу)	22,7	4,8	32,5	8,2	16,9	5,6	20,0	4,6	24,0	7,4	1,6
ЛСД (кислоту)	0,0	1,5	0,0	2,4	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,6	4,0
Амфетамины («винт», эфедрон и др.)	0,4	0,2	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,6	0,0
Крэк	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Кокаин	0,0	4,8	0,0	7,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	4,3	9,6
Релевин	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Героин	0,4	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
Экстази	0,9	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0
Галлюциногенные грибы	0,9	0,2	2,4	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,4	0,6	0,0
Оксибутират натрия («оксик», GHB)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Я не знаю, что это было	0,4	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При сравнении показателей 2012 и 2008 гг., стоит отметить увеличение количества людей никогда не употреблявших наркотики (86,3% и 72,9% соответственно). О своей интактности к наркотикам заявили 94,5% студентов 1 курса (для сравнения, в 2008 году – 77,3%), 83,9% студентов 3 курса (66,2% - 2008 год) и 82,2% пятикурсников. В целом значительно снизилась тенденция употребления марихуаны в качестве первого наркотика (83,8% студентов 2008 года первой употребили марихуану, а в 2012 году – 35%). 1,5% студентов выбрали ЛСД (в 2008 году – ни одного). Кроме того, значительно увеличилось употребление кокаина как первого источника наркотизации (4,8% - 2012 г., в 2008 году – ни одного). Вызывает беспокойство большие показатели у студентов первого курса в употреблении кокаина – 9,6%. В 2012 году по сравнению с показателями 2008 года не выявилось студентов, употребляющих героин, экстази, снизились показатели по амфетаминам и галлюциногенным грибам.

#### Выводы:

1. Таким образом, результаты проведенного исследования, прежде всего, указывают на выявление высокого уровня желания употребить какой-

либо наркотик в студенческой среде, которое усиливается на старших курсах.

2. При сравнении с данными исследования, проведенного 2008 года, удельный вес студентов, желающих попробовать какой-либо наркотик, увеличился на 20 % (с 31,4 до 51,1%).

3. Студенты УГМА имеют высокую осведомленность о различных видах наркотиков, которая растет к старшим курсам.

4. Показатели по употреблению наркотиков значительно снизились по сравнению с 2008 г. на 13 % (с 27,1 до 13,7%).

5. Основными наркотиками первой пробы являются марихуана и кокаин. Особенно беспокоят данные показатели на 5 курсе – кокаин в качестве первого наркотика выбрали 9,6% студентов.

6. Основной побуждающей причиной к началу приема наркотиков как в 2008, так и в 2012 году является любопытство. Вторая по значимости причина – желание получения приятных ощущений.

7. Марихуана (гашиш) остается наркотиком, который наиболее часто используется и для продолжения наркотизации. Доля использования других наркотиков остается в настоящее время незначительной и носит чаще всего характер единичных эпизодов.

### Литература

1. Богданова С.С., Поморцева О.Н., Емельянова С.Е., Марголис Д.И., Ижиков А.А., Гонохова К.С., Лобарева Е.С. Употребление наркотиков студентами Уральской государственной медицинской академии: актуальность и пути профилактики / Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения / Материалы 64-й всероссийской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, Екатеринбург 28-29 апреля 2009 г. – С. 282 - 285.
2. Голенков А.В., Андреева А.П. Скрининг злоупотребляющих алкоголем студентов в медицинском ВУЗе / Наркология. – 2010. - №2. – С. 71-74.
3. Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г. Организация мониторинга наркоситуации. / Наркология. – 2009. - №10
4. Клинические и организационные вопросы наркологии / Под ред. Е.А. Кошкиной. – М.: Гениус Медиа, 2011. – 580 с.
5. Кошкина Е.А. Проблемы употребления психоактивных веществ среди молодежи / Материалы международной конференции «Подростки и молодежь в меняющемся обществе» (Проблемы отклоняющего поведения). Москва, 30-31 октября 2001 г.
6. ESPAD-2007. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации / Под редакцией Е.А. Кошкиной – М., 2009. – 119 с.



### ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА, УСЛОВИЙ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И РОДАМИ

*Калиновская Е.И.*

*г. Гродно, Белоруссия*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

Научный руководитель:

Заборовский Г.И. - к. м. н., доцент

Репродуктивное здоровье как категория здоровья общественного является одним из основных критериев эффективности социальной и экономической межведомственной политики государства, фактором национальной безопасности [1]. Сегодня для проведения эффективной политики в области стимулирования репродуктивного поведения необходимо учитывать всю совокупность социальных и медицинских параметров жизненного мира женщин как до, так и после рождения ребенка [2].

**Целью** данного научного исследования было изучение социально-бытовых условий, гинекологического анамнеза, условий протекания беременности и родоразрешения у женщин с первой беременностью.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились 583 родильницы, имевшие в анамнезе одну беременность. Источником информации послужила первичная медицинская документация родильных домов с последующим опросом родильниц в 2012 году.

Первым этапом работы было определение уровня социально-бытовых условий существования отобранных женщин. В результате статистической обработки анкет получены следующие данные. Более чем у половины (56,1 %) женщин первая беременность наступила в возрасте 20-24 лет, у 33,4 % - в возрасте 25-29 лет, у 6,5 % - в 30-34 года, у 2,1 % - до 19 лет, у 1,9 % – старше 34 лет. Семейное положение: 93,8 % беременных женщин состояли в браке (4,2 % женщин никогда не состояли в браке и 2,0 % были разведены). Также учитывались данные о социальном по-

ложении и образовании: 43,8 % из общей массы были рабочими, 23,9 % являлись служащими, 19,9 % - студентками высших учебных заведений (ВУЗ), 7,3 % - учащимися средне-специальных учебных заведений (ССУЗ) и профессионально-технических училищ (ПТУ), частными предпринимателями – 5,1 % женщин. При этом у 38,1 % имелось оконченное среднее специальное образование (23,0 % указали неполное высшее, 22,1 % - высшее, 16,8 % - среднее). Были получены результаты по таким критериям как жилищные условия и вредные привычки. У большей части женщин (89,4 %) имелась своя собственная квартира (дом), 9,9 % проживали в общежитии и 0,7 % - в коммунальной квартире. Анализируя социально-биологические и социально-гигиенические факторы установлено, что 20,6 % женщин употребляли алкоголь, 5,1 % женщин курили до и в течение беременности.

Следующий этап в проведенной работе составил получение данных о гинекологическом анамнезе женщин до указанной беременности. Установлено, что у 38,3 % женщин менархе наступила в возрасте 12-13 лет, у 34,8 % – в 13-14 лет, у 13,6 % – в 15-16 лет и у 8,9 % - в 11-12 лет. Не указали возраст начала менархе 4,4 %. Относительно начала половой жизни можно привести такие результаты: в 17-18 лет начали жить половой жизнью 53,7 % женщин от общего числа проанкетированных, 31,9 % - в возрасте 15-16 лет, 11,7 % - в 19-24 года и 2,7 % женщин в возрасте до 15 лет.

Был проанализирован большой раздел «гинекологические заболевания до данной беременности» и получены следующие результаты. Отмечается

значительная распространенность гинекологических заболеваний (58,7 %) среди женщин с первой беременностью в анамнезе. Наиболее часто имели место эрозия шейки матки (42,7 %), воспаление яичников (11,1 %), кольпит различной этиологии (9,1 %), кисты яичников (7,9 %), вагинит и кистомы по 5,3 % и 4,7 % соответственно. Другие заболевания составили 19,2 %. По поводу данных заболеваний курс лечения проходили почти все пациентки (96,5 %).

Детально были изучены материалы по настоящей беременности. Анализ гигиенического поведения беременных свидетельствует об их высокой медицинской активности: на учет в женской консультации до 12 недель встали 93,1 % женщин, с 12 до 24 недель – 5,5 % женщин, после 24 недель – 1,4 %. Более половины женщин (51,8 %) осматривались врачом во время беременности 6-9 раз, 26,4 % – более 10 раз, 18,4 % – 4-5 раз. Менее 4 раз осматривались только 3,4 % рожениц. Экстрагенитальные заболевания, перенесенные во время настоящей беременности: только 43,6 % проанкетированных женщин были здоровы во время беременности, у остальных 56,4 % имелись заболевания. Из них у 19,7 % была выявлена анемия, у 17,4 % – острая респираторная вирусная инфекция, у 17,2 % – заболевания органов мочеполовой системы. Реже отмечались возникшие пролапс митрального клапана 1-2 степени (7,6 %), артериальная гипертензия (7,0 %), сахарный диабет и гиперплазия щитовидной железы 1-2 степени (по 4,9 % соответственно). На долю других заболеваний пришлось 21,3 %.

Был проработан еще один большой раздел «течение настоящей беременности» и получены следующие результаты. На фоне высокой частоты экстрагенитальной патологии вполне закономерным является осложненное течение беременности, что выявлено у 17,9 % женщин. Из них токсикоз первой половины беременности отмечен у 60,6 %, угроза прерывания беременности – у 15,6 %, токсикоз второй половины беременности – у 10,1 %, многоводие – у 6,4 %. Другие осложнения составили 7,3 %.

Последним этапом в этой работе было получение результатов протекания данных родов в отобранной группе. У каждой десятой женщины роды протекали с осложнениями. Наиболее часто отмечались первичная слабость родовой деятельности (39,0 %), слабость потуг (20,3 %) и стремительные роды (20,3 %), реже наблюдались гипоксия плода и затяжные роды (по 10,2 % соответственно). Относительно безводного промежутка родов можно продемонстрировать такие цифры: безводный промежуток в 2-4 часа длился у 49,7 %; до 2 часов – у 29,8 %; 4-6 часов – у 14,6 %; 6-8 часов – у 2,9 %; 8-10 часов и 10-12 часов – 2,2 % и 0,8 % соответственно.

Исходом настоящей беременности явилось: роды в срок – у 89,9 % родильниц, кесарево сечение – у 7,9 %, преждевременные роды – у 2,2 %. К началу родов беременность была доношенной у 95,9 % родильниц. Течение послеродового периода почти у всех женщин (99,7 %) протекало без осложнений. Мамы и их новорожденные дети были выписаны домой на 6,1±0,9 сутки.

Таким образом, значительная распространенность гинекологических заболеваний (58,7 %), а также высокая экстрагенитальная заболеваемость во время беременности (у 56,4 %) могли явиться фактором развития осложнений во время родов у женщин с первой беременностью, что было выявлено у каждой десятой женщины. Так как выявленная проблема достаточно актуальна на сегодняшний день не только среди женщин с первой беременностью, но и женщин с любым количеством беременностей, она требует дальнейшего серьезного изучения.

### Литература

1. Можейко Л. Ф. Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности / Л. Ф. Можейко, В. Л. Силява, Л. И. Матуш / Минск, 2001. № 4. С. 2–5.
2. Чижова В. М. Социальная работа и клиническая психология – помогающие профессии в сфере здравоохранения / В. М. Чижова [и др.] / Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2006. № 4. С. 54–57.

\*\*\*

### ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Ким Т. В., Петренко Ю. С.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нормальной и патологической физиологии*

Научный руководитель:  
Корчин В.И. - д.м.н., профессор

На современном этапе развития российского общества в условиях социально-экономической нестабильности, конкуренции на рынке труда,

социальных стрессов, растут требования, предъявляемые к профессионализму личности. Деятельность медицинского работника, независимо от раз-

новидности выполняемой работы относится к профессиям с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Частые стрессовые ситуации, в которые попадает медицинский работник в процессе сложного взаимодействия с больным, постоянное проникновение в суть медицинских проблем пациента, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на его здоровье.

Влияние профессиональной деятельности на сотрудников скорой медицинской помощи (СМП) существенно отличается от медицинских работников других специальностей. Существуют специфические особенности и отличия: экстремальность ситуаций с учетом дефицита времени; постоянный контакт с психологически трудным контингентом (тяжелые и умирающие больные); затрудненный психологический контакт из-за нарушения сознания больного или пострадавшего; оказание медицинской помощи в присутствии родственников, соседей или прохожих; сложные условия оказания медицинской помощи: на улице, в непригодных помещениях (отсутствие необходимого освещения, источников водопроводной воды и канализации, места для размещения медицинского оборудования); все возрастные периоды жизни больных и пострадавших и разнообразный характер патологии [1].

Рациональное, здоровое питание обеспечивает жизнедеятельность и развитие человеческого организма, его физическую и умственную работоспособность, выносливость и сопротивляемость воздействию отрицательных факторов внешней среды. Здоровье человека в значительной степени определяется его пищевым статусом, т.е. степенью обеспеченности организма энергией и целым рядом пищевых веществ, в первую очередь, макро- и микронутриентами. Любое отклонение от формулы сбалансированного питания приводит к определенному нарушению функций организма. Изучение фактического питания человека имеет самостоятельное значение для оценки адекватности питания и удовлетворения потребности человека в пищевых веществах и энергии, а также чрезвычайно важно в эпидемиологическом плане, поскольку пища является действующим фактором риска развития или профилактики различных заболеваний. Однако только надёжные методы оценки фактического потребления пищи позволяют получить достоверную информацию о характере питания и его взаимосвязи с состоянием здоровья [2]. По данным научных исследований фактор питания, составные части рациона, оказались одним из основных условий

сохранения устойчивости человеческого организма к неблагоприятному воздействию климатических, геофизических, психоэмоциональных и других экстремальных воздействий [3]. Существуют огромные различия по ритму и напряженности профессиональной деятельности между выездным персоналом скорой помощи и медицинскими работниками поликлинического звена здравоохранения. Принимая во внимание это обстоятельство, несомненный интерес представляло проведение анализа суточных рационов питания врачей и фельдшеров скорой помощи и врачей и медицинских сестер поликлинической службы города.

**Материал и методы исследования.** Проведено анонимное изучение фактических рационов питания у медицинских работников г. Ханты-Мансийска. В исследовании принимали участие 19 медицинских сестер стоматологической поликлиники (I группа) и 12 врачей и фельдшеров станции скорой медицинской помощи (II группа) женского пола, средний возраст –  $36,2 \pm 1,3$ . Изучение фактических рационов питания проводилось при помощи лицензионной компьютерной программы ГУУ НИИ питания РАМН РФ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования поступления белков, жиров, углеводов и калорий представлены в таблице. Так, обеспеченность медицинских работников I группы общим белком составила 136,1% от адекватных уровней потребления (АУП) [4], а у II группы – 156,2%. Полученные данные свидетельствуют о том, что рацион питания всех обследованных лиц не соответствовал АУП. Исследованиями установлено, что избыточное потребление белков вызывает положительный азотистый баланс. Часть принятого избыточного белка расходуется в реакциях глюконеогенеза, увеличивая теплопродукцию, часть задерживается в виде циркулирующих аминокислот. При значительном избытке пищевого белка создается повышенная нагрузка на печень и почки, так как имеется необходимость нейтрализации дополнительного аммиака и выведении мочевины [5].

Важное значение наряду с белками для здоровья жителей северного региона имеют жиры. Они входят в состав клеток и клеточных структур, участвуют в обменных процессах. С жирами в организм поступают необходимые для жизнедеятельности вещества: витамины А, Д, Е, незаменимые жирные кислоты, лецитин. В нашем исследовании медицинские работники поликлинического звена здравоохранения потребляли жиров 166,3% от АУП, а медицинские работники скорой помощи – 166,3% от АУП (табл.1).

Таблица 1.  
**Содержание нутриентов в суточном рационе  
питания медицинских работников  
различных лечебно-профилактических  
учреждений (M±m)**

Показатель	I группа (n=19)	II группа (n=12)
1	2	3
Белки, г	89,8±22,0	103,1±17,6
Жиры, г	115,9±26,1	121,4±26,8
Углеводы, г	378,8±21,9	499,1±28,1**
Калорийность, ккал	2950,1±241,8	3533,2±216,3*

Следует отметить, что избыточное поступление жиров ведет к развитию избыточной массы тела и ожирению, жировой инфильтрации клеток печени, увеличению холестерина в крови, развитию атеросклероза, гормональных нарушений, а также ухудшению усвояемости белков, кальция, магния, повышает потребность в витаминах.

Суммарное содержание углеводов в рационах питания медицинских работников I группы составило 121,8% от АУП, в то время как медицинские работники скорой помощи потребляли достоверно ( $p < 0,01$ ) больше углеводов – 160,5% от АУП (табл.). Углеводы – основные поставщики энергии в питании человека. Как правило, на их долю приходится более 50% калорийности и почти  $\frac{3}{4}$  веса суточного рациона. Углеводы пищи представлены преимущественно полисахаридами (крахмал), и в меньшей степени моно-, ди- и олигосахаридами. Известно, что переизбыток легкоусвояемых углеводов (моно- и дисахаридов) – важнейший фактор риска развития ожирения, атеросклероза, сахарного диабета и других метаболических расстройств.

Известно, что энергетическая ценность пищевых продуктов определяется содержанием в них белков, жиров, углеводов и характеризуется количеством энергии, которая высвобождается в про-

цессе их биологического окисления, и используется для обеспечения физиологических функций организма. Пищевая ценность продуктов тем выше, чем в большей степени она соответствует формуле сбалансированного питания для соответствующих условий среды и данного организма. Среднесуточное поступление калорий в I группе превышало существенно от физиологической возрастной нормы, и соответствовало увеличенным энергозатратам на поддержание эффективного термогенеза в условиях проживания на Севера – более чем на 750 ккал в сутки. Во второй группе поступление калорий с фактическими рационами питания оказалось достоверно выше ( $p < 0,005$ ) и превышало АУП более чем на 1333 ккал в сутки (табл.).

Таким образом, полученные нами данные указывают на липидно-углеводную направленность суточных рационов питания всех обследованных лиц, особенно во II группе (сотрудники выездных бригад скорой медицинской помощи).

### Литература

1. Стратий В.Н., Вепрев А.Н., Кандакова Н.Е. Влияние социально-психологических факторов на формирование синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников скорой помощи//Скорая медицинская помощь. – 2008. – №4. – С.47-51.
2. Агбалян, Е.В. Прогностическая значимость факторов питания в формировании хронических неинфекционных заболеваний на Крайнем Севере: Автореф. дис. ... докт. биол. наук. – М., 2005. – 38 с.
3. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину.– Новосибирск: Наука, 1998.–337 с.
4. МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации». М.: Роспотребнадзор, 2008. – 41 с.
5. Зайчик АШ, Чурилов ЛП. Основы общей патологии. Основы патохимии: Учебник для медицинских ВУЗов. СПб: «ЭЛБИ-СПб», 1999. – 618 с.

\*\*\*

### АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКАМИ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ПРОЖИВАЮЩИМИ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ

**Козлова Л.А., Казанцева О.В., Ткачева С.В.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра медицинской и биологической химии*

Научный руководитель:

Корчина Т.Я. - д.м.н., профессор

Питание является определяющим фактором в обеспечении здоровья человека, его трудоспособности и адаптации к внешней среде, в том числе к

экстремальным климатическим условиям [2]. Сбор данных о характере и количестве потребленной за определенный период пищи – важнейший этап



## СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

оценки пищевого статуса, являющийся основой для расчетов потребления пищевых веществ и адекватности питания.

**Цель:** провести сравнительную оценку частоты потребления продуктов питания школьниками с различной массой тела, проживающими в северном регионе.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 112 школьников, проживающих в г. Сургуте и Ханты-Мансийске в возрасте от 5 до 17 лет: 68 с нормальной массой тела и 44 – с повышенной массой тела и ожирением (ВОЗ, 1998).

Мы использовали метод ретроградной регистрации с оценкой самим испытуемым количества пищи, потребленной в течение 3 суток (с обязательным включением одного выходного дня) [1]. Для анализа частоты потребления продуктов питания было принято деление последних на порции [3]. Одна порция это:

- 1 яблоко, 1 апельсин, 1 персик, 1 банан, 1 груша, 2 мандарина, 2 киви, 200,0 г фруктов;
- 1 стакан фруктового или овощного сока;
- 1 стакан кисломолочного продукта, 1 упаковка йогурта;
- 1 стакан сладкого газированного напитка;
- 50 г шоколада или шоколадного батончика («Сникерс», «Марс», «Натс»);
- 100 г торта (1 пирожное, 1 кекс, 2 пряника, 100 г печенья);
- 1 пирожок (1 булочка, 100 г блинов, 100 г пицца);
- 1 тарелка нарезанного салата из свежих овощей;
- 1 порция гарнира из тушеных или жареных овощей, круп, макаронных изделий;
- 1 порция тушеного мяса (печени), 1 котлета, 1 отбивная, 1 кусочек рыбы или курицы;
- 1 сарделька, 1 шпикачка, 2 сосиски, 100 г колбасы;
- 50 г чипсов (киришешек, попкорна).
- 100 г порция мороженого;
- 50 г варенья (примерно 5 чайных ложек).

**Результаты и обсуждение.** В таблице представлена частота потребления продуктов в порциях представителями исследуемых лиц.

При анализе данных таблицы обращает на себя внимание тот факт, что школьники с нормальной массой тела чаще своих ровесников, страдающих избыточной массой тела и ожирением, употребляли в пищу свежие овощные салаты (в 1,36 раза), фрукты (в 1,23 раза) и соки (в 1,27 раза). В то же время в фактических рационах питания учащихся с избыточной массой тела и ожирением значительно чаще встречались кисломолочные напитки (в 2,7 раза) и йогурты (в 1,45 раза).

Потребление вторых блюд из мяса, мясопродуктов и рыбы (в том числе морской) различа-

лось незначительно в обеих группах учащихся (табл.). Однако следует отметить, что школьники, имеющие избыточную массу тела, примерно в 1,5 раза чаще употребляли в пищу жареную рыбу. Кроме того, значительные различия были выявлены нами при анализе употребления в пищу в качестве второго блюда мяса курицы (более чем в 2 раза чаще встречаемое в рационах питания учащихся с нормальной массой тела) и колбасные изделия (почти в 2 раза чаще употребляемые школьниками с избыточной массой тела и ожирением).

В качестве гарниров обследуемые лица примерно с одинаковой частотой употребляли в пищу овощные гарниры, но при этом в фактических рационах питания школьников с избыточной массой тела и ожирением в 4 раза чаще встречался жареный картофель.

Почти в 2 раза чаще макаронные изделия предпочитали учащиеся с избыточной массой тела и ожирением, а с нормальной массой тела – крупы (в 1,45 раза чаще).

Таблица 1.

**Частота потребления продуктов питания школьниками северного региона (порция/кол-во порций на 1 человека за 3 дня)**

Продукт	Школьники с нормальной массой тела (n=68)	Школьники с избыточной массой тела и ожирением (n=44)
1	2	3
свежие овощи	90/1,33	43/0,98
фрукты	167/2,46	88/2,0
соки фруктовые и овощные	64/0,95	33/0,75
кисломолочные продукты	29/0,43	51/1,16
йогурт	29/0,43	27/0,62
мясо и мясопродукты	138/2,03	85/1,93
курица	52/0,76	16/0,34
рыба	58/0,86	40/0,91
- в том числе морская рыба	16/0,33	15/0,34
- в том числе жареная рыба	16/0,33	21/0,48
колбасные изделия (сосиски, сардельки, шпикачки, колбаса)	39/0,57	48/1,09
овощные гарниры	100/1,47	66/1,5
- в том числе жареный картофель	12/0,18	34/0,78
макаронные изделия	38/0,56	46/1,05
крупы: рис, греча, перловка	79/1,16	35/0,8
сладкие газированные напитки (фанта, кола, спрайт)	6/0,09	19/0,44
чипсы, киришешки, попкорн	6/0,09	19/0,44
торты, пирожные, кексы, печенье, пряники	51/0,75	63/1,44
пирожки, булочки, блины, пицца	20/0,30	122/2,78
варенье	2/0,03	8/0,19
шоколад	26/0,38	21/0,48
шоколадные батончики (сникерс, марс, натс)	20/0,29	36/0,82
мороженое	2/0,03	9/0,21

Важно подчеркнуть, что сладкие газированные напитки, чипсы, кириешки и попкорн в 5 раз, торты и пирожные в 2 раза, пирожки, булочки и пр. более чем в 9 раз, варенье более чем в 6 раз, мороженое в 7 раз чаще употреблялись школьниками, страдающими избыточной массой тела и ожирением, сравнительно с группой здоровых лиц (табл.).

Различия в потреблении шоколада между группами обследованных лиц примерно в 1,3 раза в пользу школьников с избыточной массой тела и ожирением. Однако шоколадные батончики в фактических рационах питания учащихся с избыточной массой тела встречались почти в 3 раза чаще, сравнительно с обследуемыми лицами с нормальной массой тела.

### Выводы:

1. В рационах питания школьников с избыточной массой тела преобладают продукты:
  - имеющие высокий гликемический индекс (сладкие газированные напитки, выпечка, варенье,

шоколадные батончики, мороженое, макаронные изделия, попкорн);

- содержащие явные (мясопродукты, жареная рыба, жареный картофель) и скрытые (колбасные изделия) жиры;

- с высоким содержанием поваренной соли (колбасные изделия, чипсы, кириешки).

2. В рационах питания учащихся с нормальной массой тела в большем количестве представлены продукты богатые витаминами, микроэлементами и пищевыми волокнами (свежие фрукты, овощи, соки, крупяные гарниры) и диетическое куриное мясо.

### Литература

1. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б. питание человека (Основы нутрициологии). – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 576 с.
2. Мартинчик А.Н., Асауленко В.И., Батулин Е.В., Байгарин Е.К. Оценка фактического питания коренного и пришлого населения Ямало-Ненецкого автономного округа // Вопросы питания. – 2010. – Т. 79, №3. – С. 55-60.
3. Спиричев В.Б. Что могут и чего не могут витамины.–М.: Изд-во «Милош», 2003.–300 с.

\*\*\*

## РОЛЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ, ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО В УЛОВИЯХ СЕВЕРА

**Мамина А.А.**

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт*

*Кафедра общей врачебной практики*

Научный руководитель:

Корнеева Е.В. - к.м.н., доцент

В настоящее время актуальность проблемы метаболического синдрома продолжает оставаться высокой, что обусловлено не только большой распространенностью и многообразием клинически метаболических проявлений, но и сохраняющимся негативным влиянием на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основной причиной смертности среди населения трудоспособного возраста. По данным проспективного исследования ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities Study, 2005) распространенность метаболического синдрома достигает 24% у женщин и 23% у мужчин. Риск сердечно-сосудистых осложнений увеличивается в два раза. Согласно национальным рекомендациям развитие сердечно-сосудистых заболеваний и метаболического синдрома тесно ассоциировано с особенностями образа жизни и связанных с ним факторов риска: нарушение пищевого поведения, гиподии-

нация [4]. Такие особенности климатических условий как длительный холодный режим и низкая солнечная активность, приводят к более выраженным по сравнению с жителями средней полосы изменениями со стороны липидного обмена, активацией процессов перекисного окисления липидов на фоне снижения антиоксидантной защиты [2;3;5]. ХМАО - Югра является сосредоточением крупных промышленных комплексов, а средний возраст населения составляет 32,8 года, который является самым трудоспособным, поэтому значимость проблемы имеет как социальный, так и государственный статус [6]. Поэтому успешная адаптация пришлого населения Крайнего Севера является непременным условием его хорошего здоровья [1]. И одним из условий длительной и успешной адаптации является правильное питание пришлого населения, усиление физической активности.

**Цель исследования:** изучить влияние пищевого поведения и физической активности на формирование ожирения как основного критерия развития метаболического синдрома.

В нашем исследовании участвовало 536 респондентов, из которых мужчины составляли 139 (25,9%), а женщины 397 (74,1%). Средний возраст мужчин -  $21,9 \pm 2,5$  год, женщин -  $22,0 \pm 1,9$  года. Все опрошенные были разделены на следующие возрастные группы: 16-25 лет - 464 человека (86,6%), из них мужчины - 26,3%; женщины - 73,6%; 25-40 лет - 44 (8,2%), из них мужчины 20,5%; женщины - 79,5%; старше 40 лет - 28 (5,2%), из них мужчины - 28,6%; женщины - 71,4%. Мужчин в возрасте от 16-25 лет было 122 человека (87,8%), 25-40 лет - 9 (6,5%), старше 40 лет - 8 (5,8%). Женщин в возрасте от 16-25 лет было 342 (86,1%), 25-40 лет - 35 (8,8%), старше 40 лет - 20 (5,0%).

На Севере проживали до 3-х лет 56 (10,4%) респондентов, из них мужчины составили 19,6%, женщины - 80,4%; от 3 до 7 лет - 44 (8,2%), среди которых 29,5% мужчин, 70,5% женщин; более 7 лет - 436 (81,3%), среди них мужчин 26,4%, женщин 73,6%.

Среди всех мужчин 7,9% проживают на Севере до 3х лет; 9,4% - от 3 до 7 лет; 82,7% - более 7 лет. Среди женщин 11,3% проживают до 3х лет; 7,8% от 3 до 7 лет; 80,9% - более 7 лет. Среди возрастной группы от 16 до 25 лет 11,6% проживают на Севере менее 3х лет; 8,4% от 3 до 7 лет; 80% проживают более 7 лет в условиях Севера. Среди опрошенных в возрасте 25-40 лет 4,5% проживают на Севере до 3-х лет; 9,0% от 3 до 7 лет; 86,4% проживают на Севере более 7 лет. Среди лиц старше 40 лет: проживающих до 3х лет нет; от 3 до 7 лет - 3,6%; более 7 лет проживают в условиях Севера 96,4%. Таким образом, большинство респондентов проживают на Севере более 7 лет.

Нами было проведено анкетирование всех обследованных пациентов с целью выявления нарушения пищевого поведения с помощью опросника DEBQ. В голландский опросник входят 33 вопроса, каждый из которых имеет 5 вариантов ответа: «никогда», «редко», «иногда», «часто» и «очень часто», которые впоследствии оцениваются по шкале от 1 до 5, за исключением 31-го пункта, имеющего обратные значения.

Среднее значение 2,4 указывает на ограничительный тип пищевого поведения, который характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании.

Среднее значение 1,8 говорит о эмоциогенном типе пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния.

Среднее значение 2,7 указывает на экстернальный тип пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

При анализе пищевого поведения было выявлено, что преобладают экстернальный - встречается у 228 опрошенных (36,9%) (мужчины 15,7%, женщины 84,3%) и ограничительный - у 206 лиц ((34,7%) (мужчины 26,9%, женщины 73,1%) типы.

Эмоциогенный тип встречался у 102 респондентов (17,5%) (мужчины 46,8%, женщины 53,2%).

Для определения степени ожирения нами были использованы рекомендации ВОЗ - оценка ИМТ (Масса тела, кг / рост, м<sup>2</sup>). Дефицит массы тела наблюдался у 47 лиц (7,8%), среди них 9,5% мужчины, 90,5% женщины. С нормальной массой тела было 397 человек (74,1%), среди них 66,5% мужчин, 33,5% женщин. С избыточной массой тела 172 респондента (1,6%), среди них 38,7% мужчины, 61,3% женщины. С 1 степенью ожирения 18 опрошенных (3,4%), среди них 61,1% мужчины, 38,9% женщины. 2 степень ожирения наблюдалась у 3 человек (0,6%), среди них все 100% женщины. С 3 степенью ожирения был 1 мужчина (0,2%).

У респондентов были выявлены различные типы пищевого поведения. Для лиц с дефицитом массы тела характерен ограничительный тип - 22 (47,8%). Другие нарушения пищевого поведения встречались с одинаковой частотой 10 (25,6%). Среди лиц с нормальной массой тела у 88 (20,7%) - эмоциогенный тип; у 146 (38,6%) - ограничительный; у 163 (40,6%) - экстернальный.

У респондентов с избыточной массой тела преобладал экстернальный тип пищевого поведения - 33 (53,2%), ограничительный тип встречался у 18 (29%), а эмоциогенный тип встречался у 11 лиц (17,7%); Лица с 1 степенью ожирения чаще имеют ограничительный - 8 (47,1%) и экстернальный - 7 (41,2%) типы. Реже у них встречается эмоциогенный тип - 3 (11,8%).

Опрошенные со 2 степенью ожирения в 66,7% случаев имеют экстернальный тип; а у 1 (33,3%) встречается ограничительный тип.

Единственный мужчина с 3 степенью ожирения имеет экстернальный тип пищевого поведения.

Нами был проведен опросник для определения физической активности. Предлагалось вспомнить свою физическую нагрузку за последнюю неделю, и ответить на вопросы анкеты.

Подсчитывали сумму набранных баллов и оценивали физическую нагрузку по следующим критериям:

Менее 21 балла - наблюдается недостаток физической активности (гиподинамия).

21-28 баллов - относительно недостаточная физическая активность.

28 и более баллов, то физическая активность оптимальна.

Среди всех участников опроса гиподинамия наблюдается у 261 (48,7%) (16,9% мужчины, 83,1% женщины); недостаточная физическая активность у 151 (28,2%) (29,1% мужчины, 70,9% женщины);

оптимальная физическая активность у 124 лиц (23,1%), среди них 41,1% мужчины, 58,9% женщины.

Нами была выявлена корреляционная зависимость снижения степени физической активности от увеличения ИМТ и от увеличения длительности проживания на Севере ( $r=0,75$ ;  $r=0,8$ ,  $p<0,01$ ).

Среди респондентов, проживающих на Севере менее 3-х лет - 56 (10,4%), большинство имеют нормальный ИМТ- 44 человека (78,6%) и недостаточную физическую активность ( $22,9\pm 3,7$  баллов). С избыточной массой тела - 5 человек (8,9%) очень не активно занимаются физической нагрузкой ( $13,8\pm 1,5$  балла).

Большинство респондентов - 436 человек (81,3%) проживают на Севере более 7 лет. Среди 320 человек (73,4%) с нормальным ИМТ нами была выявлена гиподинамия ( $17,3\pm 2,0$  балла). С увеличением массы тела степень физической активности не имела тенденции к увеличению. Так у 15 лиц (3,4%) с 1 степенью ожирения нами была отмечена гиподинамия ( $13,6\pm 0,5$  баллов). Вторую и третью степени ожирения была у 4-х респондентов, которые имели недостаточную для своего веса физическую активность ( $21,5\pm 0,5$  баллов).

Таким образом, в нашем исследовании у большинства респондентов выявлены нарушения пищевого поведения, сниженная физическая активность. С увеличивающейся длительностью проживания на Севере людей с ожирением становится больше. Обмен веществ в организме направлен на адаптацию к климатическим и географическим условиям Се-

вера, что приводит к изменению питания с преобладанием экстернального типа нарушения пищевого поведения на фоне гиподинамии, и как следствие развитие ожирения как основного компонента метаболического синдрома. Основные профилактические мероприятия должны быть направлены на соблюдение принципов правильного питания и ведения здорового образа жизни.

### Литература

1. Агаджанян, Н.А. Человек в условиях Севера / Н.А.Агаджанян, П.Г.Петрова. - М.: КРУК, 1996. - 207 с.
2. Агбалян Е.В., Буганов А.А., Лобанова Л.П. Относительный риск нарушенной гликемии натощак и сахарного диабета 2 типа у пришлого населения Крайнего Севера с компонентами метаболического синдрома отдельно и в различных сочетаниях // Вестник восстановительной медицины, 2007.- № 4.- С.28-30.
3. Буганов А.А., Буяк М.А. Развитие окислительного стресса у жителей высоких широт при воздействии факторов Крайнего Севера // Гигиена и санитария. - 2009.-N 1.-С.15-17.
4. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. - 58 с.
5. Кривошапкин В.Г. Очерки клиники внутренних болезней на Севере. /В.Г.Кривошапкин Якутск: Изд. Департамента НиСПО МО, РС(Я), 2001. - 128 с.
6. Митрофанов И.М. Оценка и прогнозирование состояния здоровья пришлого населения в районах промышленного освоения Севера: автореферат дис. ... д-ра мед. наук; Научно-исследовательский ин-т терапии СО РАМН. - Новосибирск, 2009. - 44 с.

\*\*\*

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**Мостовых А.А.**

*г. Екатеринбург, Россия*

*ГБОУ ВПО Министерства здравоохранения «Уральская государственная медицинская академия»  
Кабинет профилактики курения, алкоголизма, наркомании и других видов зависимостей студентов УГМА*

Научный руководитель:

Богданов С.И. - д.м.н., ассистент,  
руководитель кабинета профилактики зависимостей УГМА

В настоящее время перед обществом остро стоит задача решительной борьбы с распространением табакокурения, которое сопровождается широким спектром медико-социальных последствий. [4] Известно, что табакокурение пагубно сказывается на здоровье: является этиологическим фактором ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронической обструктивной болезни легких, онкологических заболеваний. [3] Более того, результаты многочисленных исследований, проведенных за рубежом, так и в нашей стране свидетельствуют, что от последствий, связанных с курением, умирает

больше людей, чем от употребления алкоголя, наркотиков, а также от авто и авиакатастроф, вместе взятых. [6]

Тем не менее, число потребителей табака в России – одно из самых высоких в мире, так как у нас курит треть всего населения. [3] Особую тревогу медицинской общественности вызывает распространенность табакокурения среди молодежи – по данным ВОЗ среди студентов постоянно курят 30 % юношей и 24,3 % девушек. [5]

Профилактика курения - исключительно важный вопрос, в решении которого работники

здравоохранения играют значительную роль. Однако в России сложилась парадоксальная ситуация, когда уровень курения табака среди самих врачей достигает 30%. [1] Совершенно очевидно, что курящий врач не может эффективно проводить противотабачную работу. В тоже время большинство врачей начинает систематически курить в годы учебы в медицинском вузе.

Учитывая все вышесказанное с сентября по декабрь 2012г. сотрудниками кабинета профилактики зависимостей Уральской государственной медицинской академии (УГМА), было проведено анкетирование среди студентов медицинского вуза г. Екатеринбургa.

**Цель исследования.** Изучить уровень распространенности табакокурения в группе студентов 1, 3 и 5 курсов Уральской государственной медицинской академии, провести сравнение с данными исследования 2008г.

**Материалы и методы исследования.** В анонимном анкетировании приняло участие 397 чел., студентов 1, 3 и 5 курсов УГМА, обучавшихся на всех факультетах вуза. Всем участвующим в опросе была гарантирована анонимность; все студенты одной группы или потока заполняли анкету одновременно, находясь в одном помещении, под руководством специально подготовленных интервьюеров в соответствии со стандартной методикой опроса.

Исследование распространенности употребления табака проводилось с использованием анкеты ESPAD, адаптированной к возрасту испытуемых и целям исследования. Методологической основой анкеты являются научные разработки Экспертного комитета по эпидемиологии наркотиков Группы Помпиду Совета Европы. Инструмент исследования – анонимная анкета, включавшая вопросы о курении, употреблении алкоголя и наркотиков, а также ряд

вопросов, посвященных образу жизни студентов, аспектам информированности о вреде употребления наркотических средств, отношения к их употреблению, возможности достать ПАВ. Национальный научный центр наркологии Минздрава России (Москва) рекомендовал данный инструмент для проведения исследований среди студентов вузов. [3] Полученные данные были сведены в электронную базу данных. Обработка проводилась методами статистического анализа в пакете прикладных программ (ППП) SPSS.

Всего в исследовании приняли участие 312 женщин (78,6 %) и 85 мужчин (21,4 %). Средний возраст респондентов составил 19,9±0,1 лет (min – 17 лет, max – 28 лет; 25% процентиль – 19; 50% процентиль – 20; 75% процентиль – 21; медиана – 20). Около половины студентов (48,9 %) учились на лечебно-профилактическом факультете, 26,7 % – на медико-профилактическом, 22,9 % – на педиатрическом факультете. В единичных случаях в исследовании принимали участие студенты стоматологического, фармацевтического факультетов, курса клинической психологии. В целом выборка студентов включенных в исследование по полу, возрасту и представительству факультетов, может считаться репрезентативной.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В группе студентов 1,3 и 5 курсов опыт курения табака продекларировали в своих ответах 64% респондентов. При этом единичные пробы курения были только у каждого пятого респондента. На вопрос «Сколько раз в жизни Вы курили сигареты?» 22 % ответили, что употребляли табак 40 и более раз в течение своей жизни, что по существу косвенно говорит о формировании у них зависимости от табака. Каждый пятый (20,9 %) респондент курил от 3 до 40 раз в жизни. Более трети респондентов (38%) ответили, что не курили ни разу в жизни (табл.1).

Таблица 1.

**Сколько раз в жизни (если такое было) Вы курили сигареты? (%)**

Количество проб табака	Оба пола (n=395)	Мужчины (n=85)	Женщины (n=310)	1курс (n=108)	3курс (n=162)	5 курс (n=125)
	%	%	%	%	%	%
1	2	3	4	5	6	7
0	38,0	29,4	40,3	50	31,5	36
1-2	17,5	17,6	17,4	16,7	16,7	19,2
3-5	7,6	7,1	7,7	5,6	8,0	8,8
6-9	4,8	2,4	5,5	4,6	6,8	2,4
10-19	6,6	5,9	6,8	3,7	8,0	7,2
20-39	3,8	5,9	3,2	2,8	3,7	4,8
40 и >	21,8	31,8	19,0	16,7	25,3	21,6
Всего	100,0	100	100	100	100	100

С нашей точки зрения, было крайне важным выяснить половые особенности уровня знакомства с табаком. Так, у мужчин этот уровень составил 71%, у женщин - 60 %. Единичные пробы у мужчин и жен-

щин были отмечены в 17,6 % и 17,4 % соответственно. От 3 до 40 случаев курения в женской когорте отмечалось в большем числе случаев (23,2 % против 21,3 % у мужчин). Чуть больше трети мужской части

## СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

респондентов (31,8 %) курили большое число раз в жизни (от 40 и более), у женщин этот показатель составил 19%.

Далее рассмотрим ситуацию по знакомству с табаком по отдельным курсам. Нами было выявлено, что доля интактных к табаку студентов на третьем курсе самая минимальная, составляет 32% в отличие от первого и пятого курса (50% и 36% соответ-

ственно). Также на третьем курсе зарегистрирован и гораздо больший удельный вес студентов, курящих более 40 раз в жизни (25,3 %) по сравнению с 21,6 % на пятом и 16,7% на первом курсах).

Ключевым вопросом для выявления актуальности курения среди студентов был «Сколько сигарет Вы выкуривали за последние тридцать дней?» (табл. 2).

Таблица 2.

**Сколько сигарет Вы выкуривали за последние 30 дней? (%)**

Количество проб табака	Оба пола		Мужчины		Женщины		1 курс		3 курс		5курс
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2012
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ни одной	61,6	77,3	52,3	57,6	67,1	82,7	64,1	77,1	53,5	75,5	79,2
Менее одной сигареты в неделю	3,5	5,0	3,5	4,7	3,5	5,1	2,6	4,6	2,8	6,7	3,2
Менее одной сигареты в день	4,4	1,5	3,5	2,4	4,9	1,3	5,1	2,8	4,2	1,2	0,8
1-5 сигарет в день	9,6	7,3	7,0	12,9	11,2	5,8	10,3	9,2	9,9	8,6	4
6-10 сигарет в день	9,6	4,5	12,8	9,4	7,7	3,2	6,8	4,6	15,5	2,5	7,2
11-20 сигарет в день	8,3	2,8	16,3	5,9	3,5	1,9	9,4	0,9	8,5	3,1	4
Больше чем 40 сигарет в день	3,1	1,5	4,7	7,1	2,1	0	1,7	0,9	5,6	2,5	1,6
Всего	100,0	100	100,0	100	100,0	100	100,0	100	100,0	100	100

В общей группе исследования не курили ни разу в течение последнего месяца более семидесяти процентов респондентов (77,3 %), около семи процентов (6,5 %) курили эпизодически, каждый пятый (16,1%) курил систематически. Среди мужской части респондентов за последний месяц ни разу не курили более половины молодых людей, а уровень систематического курения составил около сорока процентов (35,3 %). В женской группе удельный вес некурящих в последнее время составил (82,7%), уровень ежедневного курения был чуть больше десяти процентов (10,9 %). На первом и пятом курсах в течение последнего месяца был отмечен минимальный удельный вес курящих (22,9% и 20,8 соответственно), а доля курящих на третьем курсе составила 24,5%. В свою очередь доля систематически курящих студентов на первом курсе была самой минимальной (16,7%), на пятом курсе она составила 21,6%, а самый большой удельный вес систематически курящих студентов был выявлен на третьем курсе -25,3%.

Используя данные исследования, проведенные в УГМА в 2008 г. с применением аналогичного исследовательского инструмента [2], мы смогли провести сравнение данных по актуальному курению в 2008 г. и в 2012 г. При проведении сравнительного анализа был отмечен ряд положительных тенденций (табл. 2). Так, увеличивается удельная доля интактных к табаку студентов. Это отмечается на 1, 3 и 5 курсах. Снижается доля курящих более 40 раз студентов на всех курсах. Количество проб табака как и у мужчин так и у женщин за последние 30 дней ниже, чем по результатам анкетирования 2008.

### Выводы:

1. Проведенное исследование показало высокий уровень знакомства будущих врачей с курением табака (64%) и в большинстве случаев это знакомство было не единичным, а множественным, что говорит о высокой степени риска возникновения у студентов никотиновой зависимости в будущем. Таким образом, 7 из 10 будущих врачей-мужчин имели опыт курения. Весьма беспокоит то обстоятельство, что 60 % будущих врачей-женщин знакомы с курением, при этом одна пятая из них курила табак более 40 раз в жизни, что необходимо отнести к весьма негативному прогностическому факту. Сравнение уровня знакомства с табаком между первым и третьим и пятым курсами показало, что если на первом курсе не курил каждый второй студент, то к третьему курсу – только каждый третий, на пятом курсе не курили 36% студентов. Сокращение доли интактных к табаку студентов на третьем курсе необходимо расценивать как чрезвычайно негативную тенденцию, однако положительным можно считать тот факт, что к пятому курсу доля интактных к табаку студентов снова увеличивается. Также на третьем курсе выявлено больше всего множественных проб сигарет, что говорит о формирующейся зависимости от табака в этой группе студентов.

2. Рассматривая ситуацию с активностью курения студентов (употребление табака за последние 30 дней), мы столкнулись с весьма высоким уровнем такового – систематически курил почти каждый пятый респондент (16,1 %). Более высокий уровень

ежедневного курения был выявлен у молодых людей (более 35,3 %), ежедневно курит каждая десятая девушка (10,9 %). Исследование показало также, что на первом курсе систематически употребляет табак 15,6 % студентов. Среди студентов третьего курса удельный вес ежедневно курящих табак был выше, достигая 16,7 %.

3. Однако уменьшилась распространенность курения в сравнении с анкетированием 2008 года. Наблюдается снижение количества проб табака как на всех курсах, так и в половой градации.

Таким образом, полученные данные наглядно продемонстрировали чрезвычайно высокий уровень знакомства с табаком и систематического курения в группе студентов Уральской медицинской академии, уровень курения среди мужчин превысил показатели ВОЗ в данной возрастной категории (35,3%). Исследование также показало положительную тенденцию снижения роста удельного веса студентов курящих систематически на старших курсах.

### Литература

1. Бабанов С.А., Васюкова Г.Ф. Распространенность табакокурения среди медицинских работников // Здоровоохранение Российской Федерации. — 2006. — №1. — С.39-43.
2. Богданова С.С. Распространенность курения среди студентов медицинского вуза. Пути решения вопроса // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения / Материалы 64-й всероссийской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, Екатеринбург 28-29 апреля 2009 г. — С. 285-287.
3. Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака. — ВОЗ, Инициатива освобождения от табачной зависимости, Швейцария, Женева. — 2005.
4. Серебрякова, В.Н. Распространенность и отношение к курению среди студентов / В.Н. Серебрякова, И.А. Трубачева // Человек и лекарство: Тез.докл. — М., 19-23 апреля 2004. — С. 739.
5. Фадеева Е.В., Корчагина Г.А., Огурцов П.П., Григорьева А.А.// Изучение распространенности потребления психоактивных веществ в студенческой среде // Наркология. — 2012. — № 12. — С. 37-43
6. West R., Shiff man S. Fast facts: smoking cessation. — Second edition. — 2007. — 82Р.

\*\*\*

### ХРОНОТИПЫ, КАЧЕСТВО СНА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ ТРЕТЬЕГО КУРСА ХАНТЫ-МАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

*Пушкарев А.Э.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нормальной и патологической физиологии*

Научный руководитель:

Шаламова Е.Ю. - к.б.н., доцент

**Введение.** Хронотип – это специфическая организация работы всего организма в течение суток. Основная характеристика, которую описывает хронотип, - это уровень работоспособности, позволяющий разделить людей на утренний («жаворонок»), дневной (аритмичный, «голубь») и вечерний («сова») типы. Для каждого из этих хронотипов подъем умственной и физической активности наступает в соответствующее время [3]. Иначе говоря, хронотипом называется динамика околосуточных показателей биоритмов.

Одной из характерных черт климата ХМАО-Югры является своеобразие сезонной и суточной фотопериодичности [5]. Воздействующие в условиях Севера на организм человека такие факторы, как необычные световые режимы в зимние и летние месяцы, выраженные колебания метеорологических и физических параметров экосреды, способны прямо влиять на биологические ритмы человека. Есть

данные, что в связи с удлинением темного времени суток и суровыми климатическими условиями среди людей, проживающих в северных регионах нашей страны, становится затруднительным выделение «чистых» хронотипов. Так, у жителей Югры наблюдается общий спад работоспособности в любое время суток, особенно в зимнее время [2].

Исходя из сказанного выше, можно предположить, что в условиях северных территорий, в связи с особым фотопериодизмом, нарушение биологических ритмов может приводить к ухудшению качества сна, степень которого может быть различной в зависимости от организации биоритмов. В свою очередь, вероятно взаимосвязь между нарушениями сна и психологическим состоянием респондентов. В связи с этим, была поставлена **цель:** исследовать качество сна и уровня тревоги/депрессии у представителей разных хронотипов.

**Задачи:**

1. Провести исследование качества сна, дневной сонливости и уровня тревоги/депрессии у студентов третьего курса;
2. определить хронотип исследуемых студентов;
3. сравнить показатели внутри групп (по полу, по хронотипу);
4. сравнить показатели между группой юношей и девушек;
5. проанализировать все полученные данные с помощью статистической обработки с использованием программы SPSS 19.0 для Windows, изучить литературные источники по данной теме и сделать выводы.

**Материалы и методы.** Исследование проходило в 2012-2013 учебном году. В нем приняли участие студенты третьего курса лечебного факультета Ханты-Мансийской государственной медицинской академии, 17 юношей и 39 девушек. У студентов исследовали хронотип при помощи теста Хорна-Остберга для определения жаворонков и сов [4]. Данный опросник позволяет выявить следующие варианты хронотипа: *определенно утренний тип* – 70-86 баллов; *умеренно утренний тип* – 59-69 баллов; *аритмичный тип* – 42-58 баллов; *умеренно вечерний тип* – 31-41 балл; *определенно вечерний тип* – 16-30 баллов.

Качество сна оценивали при помощи анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна [6] и шкалы сонливости (Epworth) [8]. Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна позволяет определить три области значений: показатели, характерные для здоровых испытуемых – 22-30 баллов; пограничные состояния – 19-21 балл; менее 19 баллов – признак неблагополучия.

Шкала сонливости (Epworth) позволяет уточнить особенности дневной сонливости в разных жизненных ситуациях. При сумме баллов менее 5 дневная сонливость не выражена. Сумма более 5 баллов соответствует выраженной дневной сонливости; если количество баллов более 10, то вероятно повышенная потребность во сне.

Уровень тревоги/депрессии студентов определяли при помощи опросника «Госпитальная шкала тревоги-депрессии» [7], разработанной Zigmond A.S. и Snaithe R.P. в 1983 г. Шкала обладает высокой валидностью в отношении тревоги и депрессии. Определяются три области значений: 0-7 баллов – нормальный уровень тревоги/депрессии; 8-10 баллов – «субклинически выраженная» тревога/депрессия; 11 баллов и выше – «клинически выраженная» тревога/депрессия.

**Статистическая обработка.** Результаты исследования были подвергнуты статистической

обработке с использованием программы SPSS 19.0 для Windows. Сравнение двух независимых выборок проводили с помощью параметрического теста Т-критерия для двух независимых выборок с вычислением средней величины (M), стандартного отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (SEM). Критический уровень значимости (p) в работе принимался равным 0,05 [1].

**Результаты и обсуждение.** Среди участвовавших в исследовании юношей у 7 человек (41,2%) определили *аритмичный* хронотип, у 9 – (52,9%) – *умеренно вечерний*, у 1 (5,9%) – *умеренно утренний* хронотип. У 25 (64,1%) девушек обнаружили *аритмичный* хронотип, у 12 – (30,8%) – *умеренно вечерний*, у 2 (5,1%) – *определенно вечерний* хронотип. Представителей *утреннего* хронотипа среди девушек не было. Представителей *определенно вечернего* и *умеренно вечернего* хронотипов объединили в *вечерний*. Таким образом, представителей *вечернего* хронотипа среди юношей было 52,9% и среди девушек 35,9%. Так как группа с *утренним* хронотипом была малочисленна (1 юноша), ее показатели не подвергали статистической обработке.

Таким образом, среди юношей аритмичный и вечерний хронотипы были представлены практически в равной степени, тогда как среди девушек представительниц аритмичного хронотипа было почти в два раза больше.

Показатели участвовавших в исследовании юношей и девушек представлены в таблицах 1, 2. При сопоставлении показателей групп юношей с аритмичным и вечерним хронотипами не выявили значимых отличий. Показатели девушек с аритмичным и вечерним хронотипами также существенно не отличались. Однако при определении гендерных особенностей выявили, что средние значения уровня тревоги у юношей с обоими изученными хронотипами соответствуют нормальным показателям, тогда как средние значения уровня тревоги у девушек с аритмичным хронотипом входили в диапазон «субклинически выраженная» тревога. Средние значения уровня депрессии во всех изученных группах соответствовали нормальным значениям.

Таблица 1.

**Качество сна и показатели тревоги/депрессии у студентов мужского пола**

Показатели	Аритмичный хронотип (n=7)			Вечерний хронотип (n=9)		
	M	±m	Σ	M	±m	σ
1	2	3	4	5	6	7
Уровень тревоги	7,00	1,02	2,71	6,00	1,28	3,84
Уровень депрессии	6,00	0,69	1,83	4,44	1,00	3,01
Качество сна	20,43	0,87	2,30	20,22	1,30	3,90
Дневная сонливость	10,29	1,57	4,15	9,11	1,46	4,37



Таблица 2.  
**Качество сна и показатели тревоги/депрессии у студентов женского пола**

Показатели	Аритмичный хроно-тип (n=25)			Вечерний хронотип (n=14)		
	M	±m	Σ	M	±m	σ
1	2	3	4	5	6	7
Уровень тре-воги	8,64	0,51	2,56	7,14	1,41	5,30
Уровень де-прессии	5,40	0,42	2,10	5,21	0,74	2,75
Качество сна	20,76	0,67	3,36	19,93	0,91	3,41
Дневная сон-ливость	8,52	0,88	4,38	9,36	1,23	4,62

Средние показатели качества сна, определенные при помощи анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна, в обеих группах юношей и обеих группах девушек соответствовали пограничным состояниям. У представителей вечернего и аритмичного хронотипов обоого пола отметили выраженную дневную сонливость; для юношей с аритмичным хронотипом вероятно также повышенная потребность во сне.

При изучении корреляционных взаимоотношений между исследованными показателями обнаружили следующие особенности. В группе юношей с вечерним хронотипом выявили значимые обратные корреляционные связи между качеством сна, определенным при помощи анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна, и уровнем тревоги ( $r = -0,818$ ;  $p = 0,004$ ), уровнем депрессии ( $r = -0,842$ ;  $p = 0,002$ ), сонливостью ( $r = -0,698$ ;  $p = 0,018$ ); корреляция с балльной оценкой хронотипа была положительной ( $r = 0,623$ ;  $p = 0,037$ ). Для юношей с аритмичным хронотипом сохраняется только одна значимая корреляционная связь – с балльной оценкой хронотипа, однако она становится отрицательной ( $r = -0,902$ ;  $p = 0,003$ ).

В группе девушек с вечерним хронотипом качество сна обратно коррелировало с уровнем тревоги ( $r = -0,635$ ;  $p = 0,007$ ) и депрессии ( $r = -0,524$ ;

$p = 0,027$ ); в группе с аритмичным хронотипом выявили значимую отрицательную корреляционную связь между качеством сна и дневной сонливостью ( $r = -0,459$ ;  $p = 0,011$ ).

**Заключение.** Таким образом, у представителей вечернего и аритмичного хронотипов обоого пола выявили пограничные состояния качества сна и выраженную дневную сонливость. Наиболее «тревожными» оказались девушки с аритмичным хронотипом. Показатели уровня депрессии во всех группах соответствовали нормальным значениям.

У юношей и девушек с вечерним хронотипом качество сна ухудшалось при увеличении уровня тревоги/депрессии. У юношей «сов» при снижении качества сна усиливалась дневная сонливость; при приближении балльной оценки хронотипа к значениям, соответствующим аритмичному хронотипу, качество сна возрастало. Напротив, в группе юношей с аритмичным хронотипом при приближении суммы баллов к значениям, граничащим с показателями «жаворонков», качество сна значимо ухудшалось.

### Литература

1. Бюль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. Издательство: ДиаСофт, 2005. - 608 с.
2. Мишина Е.А. Сезонная и суточная ритмика параметров функциональных систем организма человека, проживающего на севере РФ. Диссертация на соискание ученой степени канд. биол. Наук, 03.00.02 – «Биофизика» (биологические науки).-Сургут, 2007.-140 с.
3. Хильдебрандт Г., Мозер М., Лехофер М. Хронобиология и хрономедицина. Биологические ритмы. Медицинское применение. М.: Арнебия, 2006.-143 с.
4. Эдлунг М. Время – деньги. – М.: изд-во Эксмо, 2004.-352 с.
5. Яковлев Б.П., Литовченко О.Г. Психофизиологические основы здоровья человека: учебное пособие.- Сургут: РИО СурГПУ, 2005.- 193 с.
6. <http://vprosvet.ru/biblioteka/psihologicheskoe-testirovanie/> /Дата обращения 19.04.2013)
7. [http://psylab.info/Госпитальная\\_шкала\\_тревоги\\_и\\_депрессии/](http://psylab.info/Госпитальная_шкала_тревоги_и_депрессии/) /Дата обращения 6.02.2013
8. <http://dr20.ru/health/prichiny-sonlivosti/> /Дата обращения 19.04.2013)

# Секция «Медико-биологические науки»



\*\*\*

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ВНУТРЕННЕГО РЕЛЬЕФА ЧЕРЕПА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

*Анненкова А.С., Мамедова З.М.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии*

Научные руководители:

Рагозина О.В. - к.м.н., доцент,

Ильющенко Н.А. - к.м.н.

**Актуальность.** Современные методы диагностики (компьютерная томография, ультразвуковое, магнитнорезонансное и рентгеноагиграфическое исследования) и технологии оперативных вмешательств, при повреждениях труднодоступных областей черепа и их содержимого, невозможны без знания закономерностей строения черепа и точных размеров его локальных структур [2,5]. Внутреннее основание черепа относится к одному из труднодоступных областей черепа. В краниологических исследованиях, посвященных изучению внутреннего основания черепа [1,5] основное внимание уделяется определенным анатомическим образованиям или отдельным черепным ямкам. При этом взаимосвязи анатомических структур в системе черепа в целом остаются практически не исследованными, что объясняется сложностью конфигурации и рельефа внутреннего основания черепа и необходимостью анализа большого краниометрического материала.

До последнего времени малоизученными оставались вопросы типовой и половой изменчивости размеров внутреннего основания черепа. Примечательно, что еще в 1884 г. П.И. Успенский считал одной из причин кровоизлияний в головной мозг являются затруднения венозного оттока. Причинами нарушения интракраниального венозного оттока могут являться анатомические предпосылки, обусловленные асимметрией развития костных структур внутреннего основания черепа [6,7]. Приводимые данные недостаточно полно отражали все стороны морфологии внутреннего основания черепа [4] и везде прослеживалась тенденция изолированного подхода.

Таким образом, исследование внутреннего рельефа черепа является, актуальным и продиктовано запросами, клинической анатомии, антропологии, нейрохирургии и судебной медицины.

**Цель.** Определить индивидуальную анатомическую изменчивость некоторых структур внутреннего рельефа черепа.

**Материал и методы исследования.** Материалом для исследования послужили препараты 19 черепов взрослых людей, мужского пола, I и II периодов зрелого возраста (22 года – 60 лет, периоды завершения и стабилизированного морфогенеза) без признаков травмы основания и свода черепа. Диаметры черепов измерялись малым толстотным циркулем по методике R. Martin (1928). Форма черепа определялась по данным черепного индекса. На всех объектах производились измерения положения парных: овальных, остистых, круглых и яремных отверстий. Для определения положения отверстий на внутреннем основании черепа был применен метод триангулометрии [3]. У каждого из исследуемых отверстий определялись переднезадние и поперечные размеры. Дополнительно с помощью курвиметра производилось измерение длин борозд сагиттального, поперечного и сигмовидного синуса. Степень расширения борозд синусов была рассмотрена в различных участках, при этом в поперечном и сигмовидном синусах выделяли по 3 справа и слева, а в сагиттальном – 4 участка. У каждого участка определялась ширина начальной, средней и концевой части. На всех черепах измерялись длина и ширина передней, средней и задней черепных ямок. Оценка изменчивости отверстий, ямок и борозд синусов производилась при помощи коэффициента вариации (Cv). Все данные были подвергнуты статистической обработке в программе STATISTICA 6,0.

По результатам краниометрического исследования установлено, что продольные и поперечные размеры передней черепной ямки при слабой степени вариабельности (Cv=8,85%) по типовым признакам не отличаются. У широтных размеров сред-

ней черепной ямки (передняя и задняя ширина) отмечаются достоверные типовые различия. Коэффициенты вариации у долихокраний составят 28,9%, у брахикраний – 22,34%, у мезокраний – 22,58%. Ширина задней черепной ямки имеет достоверно большую величину у брахикраний и составляет  $113,8 \pm 1,43$  мм ( $p < 0,05$ ). У мезо- и долихокраний черепов она равна  $110,7 \pm 1,03$  мм и  $108,2 \pm 1,58$  мм соответственно. Коэффициенты вариации широтных размеров задней черепной ямки выражены слабо у всех типов черепов. Длина задней черепной ямки, напротив, достоверно больше у долихокраний серии черепов ( $C_v = 8,85\%$ ). Ее средние значения составляют  $82,5 \pm 1,51$  мм. Коэффициент вариации длины задней черепной ямки выражен слабо во всех группах черепов. Анализ размерных характеристик отверстий внутреннего основания черепа показал, что овальные и яремные отверстия имеют достоверно большие значения переднезадних и поперечных диаметров у брахикраний черепов, а круглые и остистые у долихокраний ( $p < 0,05$ ). Переднезадние размеры яремного отверстия справа и слева у брахикраний черепов подвержены сильной индивидуальной изменчивости ( $C_v = 23,85\%$ ;  $31,67\%$ ). Достоверных отличий между показателями длины и ширины борозд сигмовидного и поперечного синусов правой и левой сторон не выявлено. Длина поперечного, сигмовидного и сагиттального синусов была достоверно больше у брахикраний черепов ( $p < 0,05$ ). Ширина сигмовидного синуса в медиальном и латеральном отрезке была достоверно больше у брахикраний черепов, а в средней части у долихокраний ( $p < 0,05$ ). Широтные размеры поперечного и сагиттального синусов были достоверно выше в долихокраний группе черепов ( $p < 0,05$ ). Высокие коэффициенты вариации длин и широт синусов отмечались только у крайних типов.

На основании полученных данных можно сделать заключение о том, что индивидуальная анатомическая изменчивость размерных характеристик борозд поперечного и сигмовидного синусов, а также яремных отверстий, расположенных на внутреннем основании черепа прослеживается в группах долихо- и брахикраний черепов, что может косвенно указывать на особенности интра- и экстракраниальной циркуляции венозной крови при этих крайних типах.

### Литература

1. Алешкина О.Ю., Сперанский В.С. Форма основания черепа и ее соотношение с формой свода // Арх. Анатомии, гистологии и эмбриологии. -1989.-Т.96, вып.5. с.32-34.
2. Гайворонский И.В., Твардовская М.В., Забурчик Е.П., Букреев А.Н., Горбачев Д.С. Развитие вопросов медицинской краниологии в исследованиях кафедры нормальной анатомии ВМедА // Макро- и микроморфология. - Саратов: Из-во мед.ун-та, 1995. С. 69-72.
3. Дьяченко А.П. Использование метода триангулометрии при изучении индивидуальной анатомической изменчивости наружного основания черепа человека с точки зрения анатомии идентичных объектов / А.П. Дьяченко, К.В. Кобзаренко // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2011. – Т. 229, № 18. – С. 97 – 101.
4. Рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике ишемического инсульта / Г.Е. Труфанов, В.А. Фокин, И.В. Пьянов, Е.А. Банникова. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. -192 с.
5. Сперанский В.С., Зайченко А.И. Форма и конструкция черепа. М.: Медицина, 1980. - 280 с.
6. Asgjan, B. Computerized electroencephalographic, polysomnographic, transcranial ultrasound and morphopathological research in vertebrobasilar strokes / B. Asgjan // Rom. J. Neurol. Psychiatry. 1993.- Vol. 31, № 3-4. P. 283 - 297.
7. Fletcher, A.M. Effects of hypertension and sympathetic denervation on cerebral blood flow in newborn pigs / A.M. Fletcher, C.W. Leffler, D.W. Busija // Am. J. Vet. Res. 1989. - Vol. 50. - P. 754 - 757.

\*\*\*

### ЖЕЛЕЗОЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ ФОСФОЛИПАЗЫ C *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*

**Афанасьева Т.П., Христофорова Ю.В.**

г. Ханты-Мансийск, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Кафедра биологии с курсом микробиологии

Научные руководители

Леонов В.В. - к.т.н., доцент,

Деревянко Л.Н. - к.м.н., доцент

Несмотря на интенсивные исследования биологических свойств *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) он до сих пор остается одним из ведущих возбудителей гнойно-воспалительных и септических

процессов. К важным факторам патогенности стафилококков относится их способность продуцировать гемолизины. Стафилококки синтезируют 4 типа  $\beta$ -пороформирующих гемолизина –  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  и  $\delta$ . Среди

них наиболее патогенетически значимым является  $\alpha$ -гемолизин [1,2]. Еще одной субстанцией, разрушающей эритроциты является фосфолипаза С (лецитиназа). Фосфолипаза С (PLC) гидролизует фосфоэфирные связи лецитина, приводя к лизису мембран эукариотических клеток, способствуя развитию геморрагий тканей, их изъязвлению и некротизации. Считается, что гемолитическая активность обеспечивает бактериям дополнительный источник железа в виде гемоглобина из разрушенных эритроцитов необходимое для экспрессии многих генов, отвечающих за вирулентность [3]. Работ, посвященных изучению влияния различных концентраций железа на активность PLC *S. aureus* нами в литературе не обнаружены. Проведение подобного исследования важно для понимания инфектологической функции PLC и объяснения особенностей ее экспрессии в зависимости от условий существования микроорганизма.

**Цель работы.** Изучить влияние ионов железа ( $Fe^{2+}$ ) на активность фосфолипазы С *S. aureus*.

**Материалы и методы.** Для эксперимента использовали эталонный штамм *S. aureus* ATCC 25923 и 2 изолята выделенные из крови (3046) и раневого отделяемого (4844) больных ОКБ г. Ханты-Мансийска. В железodefицитную питательную среду вносили сульфат железа(II) до требуемой концентрации, раствор лецитина в качестве субстрата для фосфолипазы С и стандартизированную до 0,3 опт.ед. бактериальную взвесь. Посевы выращивали при 37°C в течение 15 часов. Уровень активности фосфолипазы С (APLC) определяли по количеству образующихся в процессе гидролиза лецитина кислот кислотнo-основным титрованием культуральной жидкости.

**Результаты и выводы.** Зависимость APLC от концентрации ионов  $Fe^{2+}$  имела куполообразный вид. При отсутствии ионов  $Fe^{2+}$  в питательной среде уровень APLC соответствовал 1-2 ЕД. Добавление в питательную среду ионов  $Fe^{2+}$  до концентрации 6 мкМ приводило к существенному увеличению APLC по сравнению с контролем. Максимальная APLC наблюдалась при концентрации ионов  $Fe^{2+}$  30 мкМ и составляла 6,3 ЕД (25923), 5,1 ЕД (4844) и 5,2 ЕД (3046). Увеличение концентрации ионов  $Fe^{2+}$  до 50 мкМ приводило к ингибированию APLC.

Полученные результаты позволяют говорить о том что гемолитическая активность, выявляемая на кровяном агаре является кажущейся, так как представляет собой результат действия пороформирующих токсинов (истинная гемолитическая активность) и PLC. Таким образом, впервые показано, что ионы  $Fe^{2+}$  влияют на активность фосфолипазы С *S. aureus*. Полученные результаты могут быть полезны при оценке роли фосфолипазы С в биологии стафилококков.

### Литература

1. Panchal R.G. Interactions between residues in staphylococcus alpha-hemolysin revealed by reversion mutagenesis / R.G. Panchal, H. Bayley // J. Biol. Chem. – 1995. – №39. – P. 272-276.
2. Иванов Н.Р. Молекулярно-клеточные аспекты гемолитического действия стафилококкового  $\alpha$ -токсина / Н.Р. Иванов, Г.Е. Бриль // Журн. микробиол. – 1984. – №9. – С. 3-9.
3. Леонов В.В., Костерина В.В., Варницына В.В., Тимохина Т.Х., Курлович Н.А. Железозависимый синтез гемолизина *Staphylococcus aureus* // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2012. - Т. 153. №1. – С.49-51.

\*\*\*

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ МЕЗОНЕФРОСА КРЫСЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

**Батршин Д.Ф., Артамонова Ю.В., Молокова С.А., Бондаренко О.М.**

г. Ханты-Мансийск, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

Научный руководитель:

Янин В.Л. - профессор

Изучение закладки, формирования и дифференцировки тканей и органов на этапах эмбрионального развития лежит в основе понимания закономерностей, характеризующих сложные процессы межтканевых отношений, и установления внутриорганной интеграции, обеспечивающей функцию органа [5]. Мезонефральная почка - зародышевый орган,

который у млекопитающих исчезает с началом функционирования метанефрической почки. На этапах закладки, формирования и дифференцировки мезонефроса происходит изменение его структурной организации, что обеспечивает функционирование системы. Для характеристики направленности морфогенетических процессов в первичной почке,

важным является рассмотрение органа как биологической системы, выявление изменяющихся отношений между её компонентами, установление закономерностей пространственно-временной организации данной системы.

**Целью** исследования является информационный анализ состояния мезонефроса крысы как биологической системы на этапах онтогенеза.

**Задача:** определить изменения морфометрических параметров первичной почки в эмбриогенезе у крысы с учётом теории информации.

**Методы.** Исследование проведено на 170 эмбрионах белых беспородных крыс от 11 до 15 суток внутриутробного развития, полученных от самок с датированным сроком беременности средней массой 200-250 грамм. При светооптической микроскопии проводились измерения: площади эпителия, полостей в эпителиальных структурах, сосудов, мезенхимы в срезе мезонефроса (объектив: 40; окуляр: 10). Вычислялись показатели: информационной энтропии по формуле Шеннона:  $H = - \sum P_i \log_2 P_i$ , где  $P$  – объёмные доли компонентов первичной почки; максимальной энтропии как степени неопределённости информации по формуле  $H_{max} = - \sum m(P_i \log_2 P_i)$ , где под  $P_i$  подразумевается величина, обратная числу элементов системы  $m P_i = 1/m$ ; коэффициента относительной организации системы (или коэффициента избыточности) по формуле:  $R = (H_{max} - H)/H_{max} 100\%$ . Расчёты, лежащие в основе информационной характеристики мезонефроса, проведены согласно рекомендациям Г.Г. Автандилова (1990).

**Результаты и их обсуждение.** Получены показатели объёмных долей компонентов первичной почки у эмбрионов возраста 11 суток 6 часов – 13 суток 18 часов  $p_c$  (рис. 1). На этапах жизненного цикла в органе меняется соотношение эпителия, полостей в эпителиальных структурах, сосудистого русла и мезенхимы. В первичной почке крысы достоверно преобладает мезенхимный компонент, доля которого в среднем составляет 69%. Доля эпителия в среднем составляет 23%, полостей в эпителиальных структурах 2%, сосудистого компонента 6%. На 14 стадии происходит достоверное увеличение доли эпителия в первичной почке, а затем уменьшение за счёт преобладания долей полостей в эпителиальных структурах и сосудистого компонента. На 15 стадии доля эпителия возрастает и достигает максимального значения к началу 16 стадии. На 16 стадии наблюдается уменьшение долей эпителия, полостей и сосудов.

Биологические системы оценивают, используя понятия теории информации, ключевым из которых является информационная энтропия ( $H$ ) как меры неопределённости информации. Информационная энтропия системы «первичная почка крысы» достигает максимума (1,36 бит) у эмбрионов возраста 12 суток 18 часов  $p_c$  (рис. 2). Эта точка характеризует такое состояние системы, когда достигается

максимально неуравновешенное состояние. С одной стороны, это показатель усложнения организации и возросшей жизнедеятельности (функциональной активности компонентов) провизорного органа. С другой стороны, максимальное значение энтропии свидетельствует о том, что провизорный орган исчерпал свои возможности и голонефрос переходит в новое состояние – развитие метанефроса. Информационная энтропия не достигает значения максимальной энтропии  $H_{max}$  (2 бит) за весь период существования органа. Это свидетельствует о том, что первичная почка находится в состоянии устойчивого неравновесного состояния. Рост энтропии может быть вызван как изменением соотношения компонентов системы, так и нарушением связей, упорядоченности системы. Это должно привести к тому, что провизорная почка будет неспособна выполнять свои функции в силу своей недостаточной организованности. Период зарождения и формирования органа мочеобразования нового поколения связан с потерей устойчивости провизорного органа. В этой связи интерес вызывают сроки закладки окончательной почки у крысы. По имеющимся литературным данным закладка окончательной почки происходит на 12-13 сутки внутриутробного развития крысы – появляется метанефрический вырост из каудального отдела Вольфова протока. У зародышей крыс на 12-е сутки развития Вольфов проток впадает в начальный отдел аллантаоиса у места перехода его в клоаку [6], на 13-е сутки развития выросты мезонефрального дивертикула соединяются с зачатком постоянной почки [3]. Начиная с 16 стадии развития (с 13 суток 0 часов  $p_c$ ), происходит снижение энтропии до 1,07 бит, что связано с возрастанием доли мезенхимы и преобладанием её над другими компонентами. На этом один цикл развития заканчивается, начинается следующий – эволюция новой системы [4].

Переход на новый уровень развития идёт от беспорядка к порядку через неустойчивость. Если рассматривать мезонефрос как один из этапов голонефроса, то наблюдаемое нами возрастание энтропии первичной почки на 15 стадии развития демонстрирует неопределённость информации, неустойчивость системы, которая создаёт возможность скачкообразного перехода системы в новое состояние. Возрастание энтропии можно рассматривать как реакцию мезонефроса на возрастающее количество метаболитов, подлежащих выведению из организма растущего эмбриона посредством мезонефронов, что приводит к повышению функциональной нагрузки мезонефроса. После повышения энтропии система (голонефрос) возвращается не в старое состояние, а переходит в новое (начинается морфогенез метанефроса), т.е. развитие через неустойчивость обеспечивает динамическую устойчивость на более высоком уровне [2, 4].

**Выводы.** Таким образом, информационная энтропия, как мера неустойчивости системы достигает своего максимума к окончанию 15 стадии (12 суток 18 часов рс), что характеризует состояние, когда мезонефрос не способен в полном объёме выполнять свои функции в силу своей недостаточной организованности, и сменяя его, происходит закладка и начальные этапы формирования метанефроса. На 16

стадии (13 суток 0 часов рс) происходит снижение энтропии, что свидетельствует о переходе первичной почки в новое устойчивое состояние. На этом существование мезонефроса как органа мочеобразования заканчивается, начинается следующий эволюционный этап морфогенеза органов мочевой системы.

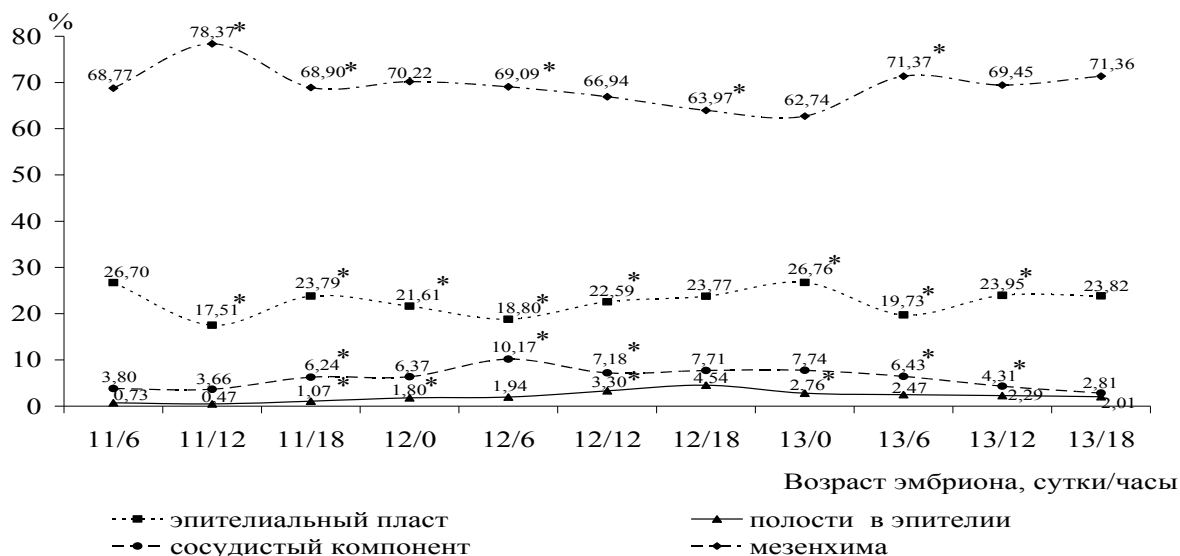


Рис. 1. Объёмные доли компонентов первичной почки крысы в зависимости от возраста эмбриона

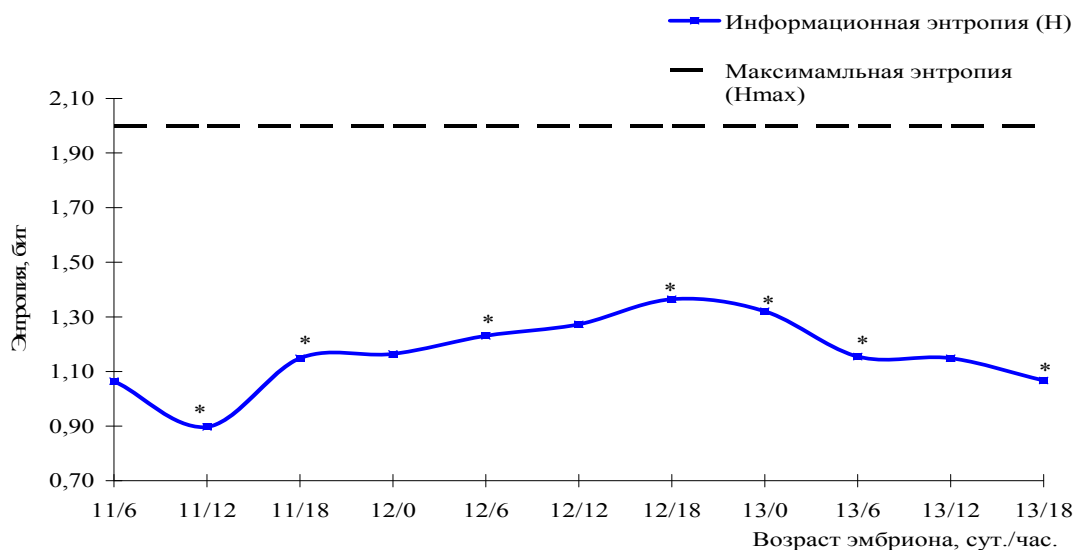


Рис. 2. Информационная энтропия первичной почки крысы

### Литература

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. – 384с
2. Асфандияров Р.И., Удочкина Л.А. Использование информационного анализа для оценки состояния системы «щитовидная железа» // Вопросы морфологии XXI века. Выпуск 1. Сб. науч. тр., посвященный 100-летию кафедры медицинской биологии СПбГМА им. И.И. Мечникова / Под ред. С.В. Костюкевича. – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, Изд-во ДЕАН, 2008. – С.58-62.
3. Детлаф Т.А. Объекты биологии развития. – М.: Наука, 1975. – 571 с.
4. Должиков А.А., с соавт. Информационный анализ в некоторых морфологических исследованиях // Морфология. Курский медицинский ун-т, 1998. – С. 44.
5. Пантелеев С.М., Вихарева Л.В., Соловьев Г.С. Особенности формирования генераций нефронов окончательной почки // Морфология. – 2006. – Т. 129. – В. 4. – С. 98.
6. Пантелеев С.М. Метанефрос (нефрогенез) / С.М. Пантелеев, Л.В. Вихарева, Г.С. Соловьев; под ред. С.М. Пантелеева. – Тюмень: издательство «Феликс», 2006. – 163 с.

\*\*\*

### СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ТКАНЯХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

**Васильев Р.П., Власенко П. А**

*г. Омск, Россия*

*ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра биохимии*

Научный руководитель:

Самусева Н. В. - к.м.н., доцент

**Введение.** В последние годы уделяется внимание изучению влияния токсикантов на структуру и функции организма, на динамику численности популяций, функциональную морфологию репродуктивной системы, ассимиляционный и диссимиляционный аппарат животных, человека. Отчетливо выделяется онтогенетический аспект таких исследований, поскольку один и тот же повреждающий фактор химической, биологической или физической природы в организме животных разного возраста может вызвать широкий спектр изменений от компенсаторно-приспособительных адаптивных реакций до развития отчетливых патологических процессов с нарушением органогенеза, структуры, метаболизма и функций. Те же процессы происходят и в организме человека. В России, учитывая общую напряженность ситуации с алкоголем, воздействие его на потомство - очень актуальная проблема. 50% мужчин и треть женщин трудоспособного возраста в России страдают от неумеренного потребления алкоголя. Явные и скрытые потери населения в связи с злоупотреблением алкоголем достигают нескольких сотен тысяч жизней ежегодно. При увеличении числа случаев хронического алкоголизма среди женщин возрастает вероятность рождения детей с признаками внутриутробной алкогольной интоксикации. Тем не менее в последнее время активно дискутируется вопрос о пользе «малых доз алкоголя». Международный центр алкогольной политики разработал «Международные рекомендуемые нормы в отношении потребления алкоголя»(2003). Согласно этому положению, рекомендуются равные дозы алкоголя как

мужчинам, так и женщинам, отсутствует запрет употребления алкогольных напитков беременными женщинами и признается польза небольших доз алкоголя некоторыми странами (Канада, Япония, Румыния). **В результате в научно - медицинской среде отсутствует единое мнение об эффектах употребления этанолсодержащих напитков беременными женщинами.**

Показано, что в процессе метаболизма этанола при хронической интоксикации происходит инициация процессов свободнорадикального окисления. [1] Свободные радикалы способны оказывать повреждающее действие на молекулы липидов мембран клеток, белков и нуклеиновых кислот. К настоящему времени накопилось достаточное количество данных, свидетельствующих о негативном воздействии алкоголя на морфологические и функциональные изменения в сердце. Сведений о хроническом пренатальном воздействии этанола на метаболические процессы в тканях сердца плода недостаточно.

**Цель исследования:** выявить воздействие пренатальной этаноловой интоксикации на состояние свободнорадикальных процессов в тканях сердца крыс.

**Материалы и методы исследования.** Экспериментальное исследование выполнено на 60 потомках белых беспородных крыс в различные сроки постнатального онтогенеза. Животные содержались в одинаковых условиях. Забой экспериментальных животных осуществлялся в одно и то же время суток. Для моделирования пренатальной алкогольной

интоксикации половозрелым самкам массой 160-180г ежедневно интрагастрально вводили 40% раствор этанола в желудок с помощью специального металлического зонда в дозе 4 г/кг массы в течение всего срока гестации (группа «Алкоголь»). [1] Для стандартизации эксперимента контрольные самки аналогичным способом получали физиологический раствор (группа «Контроль»). В пометах подопытных самок производился подсчет числа живых родившихся плодов, численности крысят в помете, а также летальность на протяжении 60 суток постнатального развития. Животных выводили из эксперимента путем цервикальной дислокации под эфирным наркозом в возрасте 15, 30 и 60 суток. Активность процессов свободно-радикального окисления оценивали по накоплению белковых продуктов СРО и продуктов липопероксидации – ТБК-реагирующих субстратов.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты, представленные в таблице 1, свидетельствуют о выраженном влиянии пренатальной интоксикации этанолом на показатели смертности крысят: количество плодов в этих выводках было достоверно снижено на 32, 6 % по сравнению с интактным потомством, общая смертность относительно контроля составила 23,5 %. В пометах от алкоголизованных самок регистрировался высокий уровень мертворождаемости – 17, 1 %, тогда как в контрольной группе случаев фетальной смерти не отмечалось. Характерно, что наиболее высокая смертность потомства в процессе постнатального развития отмечалась к возрасту 30 суток. К возрасту 60 суток отмечалось снижение числа случаев гибели пренатально алкоголизованных животных в интервале от 30 до 60 суток до предельно низкого уровня – 2,1 %.

Таблица 1.

**Показатели мертворожденности и смертности пренатально алкоголизованного потомства крыс в различные сроки постнатального онтогенеза, М ± s**

	Контроль	Алкоголь
1	2	3
Количество выводков	26	24
Колич. родившихся	225	140
Колич. крысят в выводке	8, 65 ± 0, 33	5,83 ± 0,37 p < 0,01
Мертворождаемость, %	0	17, 14
Смертность к 15 сут., %	1, 33	7, 14
Смертность 15 – 30 сут., %	4, 00	14, 29
Смертность 30 – 60 сут., %	0	2, 14

Исследование продуктов окислительной модификации белков (ОМБ) в тканях сердца выявило

существенный рост данного показателя во все сроки наблюдения у потомства, подвергнутого пренатальной алкогольной интоксикации.

Таблица 2.

**Содержание продуктов окислительной модификации белков в ткани сердца мкмоль/г белка, Me(Q1-Q3)**

	Возраст животных		
	15 сут.	30 сут.	60 сут.
1	2	3	4
<b>Контроль</b>	6,20 (5,78-7,52)	4,15 (2,53-4,88)	5,83 (5,57-6,03)
<b>Алкоголь</b>	10,89 (8,30-13,19) p=0,002	12,01 (8,68-13,04) p=0,001	9,67 (8,89-11,32) p=0,001

Таблица 3.

**Содержание ТБК-РС в ткани сердца, нмоль/мл, Me(Q1-Q3)**

	Возраст животных		
	15 сут.	30 сут.	60 сут.
1	2	3	4
<b>Контроль</b>	7,33 (6,78-8,21)	6,01 (5,15-7,23)	4,82 (3,35-5,43)
<b>Алкоголь</b>	11,92 (9,14-12,34) p=0,001	11,56 (10,92-13,34) p=0,001	8,69 (8,31-10,36) p=0,001

**Выводы:**

1. Пренатальная алкогольная интоксикация является существенным фактором, оказывающим неблагоприятное влияние на развитие и жизнеспособность потомства.

2. В условиях пренатальной алкогольной интоксикации инициируются свободно-радикальные процессы, что может вносить существенный вклад в осуществление фетотоксических эффектов этанола.

**Научно-практическая значимость.** Выявлены некоторые молекулярные механизмы токсического действия этанола на потомство крыс в условиях пренатальной алкоголизации. Результаты проведенного исследования расширяют сведения о метаболических аспектах пренатальной алкоголизации и могут быть использованы при дальнейшем изучении механизмов формирования фетотоксических эффектов этанола.

**Литература**

1. [Курч Н.М. Эмбрио- и фетотоксические эффекты этаноловой интоксикации у пренатально алкоголизованных животных / Н.М. Курч, Н.Л. Самусева, О.А. Арзамасова // Журнал теоретической и практической медицины. - 2011. - Т.9(спец.выпуск). - С. 175-178.]



\*\*\*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛУДКА  
ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ**

**Жеманой М.Ф., Дерпак Т.В**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра биологии с курсом микробиологии*

Научный руководитель:

Зуевский В.П. - д.м.н., профессор

**Актуальность исследования.** В настоящее время одним из наиболее опасных гельминтозов является описторхоз. Данный паразитоз широко распространен в Юго - Восточной Азии, на территории России и стран СНГ. В России зарегистрировано свыше двух миллионов инвазированных. Особенно актуальна данная проблема для Западно-Сибирского региона гиперэндемического очага описторхоза в связи с широким распространением среди населения, большим количеством осложнений болезни, нередко приводящих к смерти. Экониша паразита в организме человека – желчные протоки печени, протоки поджелудочной железы, желчный пузырь.

Известно, что при описторхозе поражается система пищеварения и, в частности, желудок. Повреждение желудка проявляется, в основном, в виде различных форм гастрита. Тесная связь структурно-функциональных отношений желудочно-кишечного тракта и печени, являющейся основным местом обитания описторхисов, обуславливает поражение желудка и кишечника и позволяют говорить о гепатогастральной и гепатоэнтеральной системах, как едином морфофункциональном звене пищеварительной системы.

**Объекты исследования.** Описторхоз моделирован путем введения в глотку сирийским хомякам *Mesocricetus auratus* 50 жизнеспособных метатеркарий. Животные забивались методом декапитации под эфирным рауш-наркозом на 7-е, 15-е сутки.

Кусочки печени, фрагменты фундального и пилорического отделов желудка фиксировали в 10% нейтральном формалине. Материал заливали в парафин.

Использованы следующие гистологические, гистохимические и гистозимологические методики окрашивания: гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, альциановым синим, проводилась ШИК-реакция. В печени изучали количество погибших гепатоцитов, митотический индекс, оценивался характер клеточных инфильтратов.

В желудке изучали среднее число эпителиальных клеток в продольном срезе главной железы, среднее число эпителиальных клеток в желудочной

ямке, железисто-ямочный эпителиальноклеточный индекс (ЖЯЭКиндекс), эпителиальную формулу главной железы, индекс соотношения главных и обкладочных клеток (индекс СГОК). Для оценки изменений пилорического отдела желудка использован индекс массы пилорических желез.

На площад (1 мм<sup>2</sup>) гистологического среза подсчитывалась плотность клеточной инфильтрации. При изучении клеточного состава инфильтрата определялось относительное (в %) и абсолютное (на 1 мм<sup>2</sup> поверхности гистологического среза содержание лимфоцитов, больших лимфоидных клеток, плазматических клеток, макрофагов, фибробластов, фиброцитов, гистиоцитов, эозинофильных и нейтрофильных гранулоцитов). Подсчитывали количество тучных клеток на единицу площади (1 мм<sup>2</sup>) гистологического среза. Измерялась толщина слизистой оболочки (ТСО), высота фундальных желез (ВЖ), глубина желудочных ямок (ГЯ), ширина просвета желез в средней их (ШЖ), высота покровного эпителия (ВПЭ).

Полученные цифровые данные обработаны методами вариационной статистики.

**Результаты исследования.** Динамика изменений печени при остром экспериментальном описторхозе.

**Длительность инвазии 7 суток.** Капсула печени гладкая, блестящая, обычного цвета. На нижней поверхности печени видны сероватые, несколько расширенные желчные протоки. На разрезе ткань печени полнокровна. При микроскопическом исследовании наблюдается повышенное кровенаполнение органа. Стенки междольковых артерий набухшие, отмечается их плазматическое пропитывание. В просветах желчных протоков обнаруживаются неполовозрелые описторхисы, просвет протоков расширен. Эпителиальные клетки в одних случаях утолщены, в других набухшие, в некоторых участках эпителиальный пласт многорядный, формируются эпителиальные подушечки. Митотический индекс эпителия –  $1,12 \pm 0,15\%$ , что выше по сравнению с интактными животными. Количество бокаловидных клеток повышено. В гепатоцитах отмечаются

явления белковой дистрофии. Количество погибших гепатоцитов составляет  $19,97 \pm 0,26$  на 1000 клеток. Возрастает число двуядерных печеночных клеток –  $17,27 \pm 0,23\%$ . Повышается митотическая активность гепатоцитов. Содержание синусоидальных клеток –  $151,42 \pm 2,51\%$ . В перидуктальной соединительной ткани определяются клеточные инфильтраты, в состав которых входят лимфоциты, большие лимфоидные клетки, фибробласты, гистиоциты, плазмоциты, нейтрофильные и эозинофильные гранулоциты. Клеточные инфильтраты по ходу ветвей v. portae менее выражены. В них обнаруживаются лейкоциты, гистиоциты, плазматические клетки, лимфоциты, большие лимфоидные клетки, синусоидальные клетки.

Клеточные инфильтраты междольковых триад состоят из лимфоцитов, эозинофилов, фибробластов, гистиоцитов, плазматических клеток, больших лимфоидных клеток, нейтрофильных лейкоцитов, синусоидальных клеток. Преобладают большие лимфоидные –  $25,03 \pm 4,21\%$  и синусоидальные –  $17,17 \pm 3,18\%$  клетки.

**Длительность инвазии 15 суток.**

Эпителиальные клетки протоков пролиферируют. Митотический индекс эпителия протоков достигает максимальных цифр –  $8,97 \pm 2,19\%$ . В просвете протоков определяются выросты грануляционной ткани, частично заполняющие просвет протоков. В стенках протоков встречаются разрастания молодой соединительной ткани. Аргирофильный каркас стенок уплотняется, здесь появляются новообразованные коллагеновые волокна. Перипротоковые клеточные инфильтраты увеличиваются в объеме, становятся более плотными, в них преобладают лимфоциты. Просветы протоков, включая вновь образованные, в некоторых случаях расширяются. Нарастают некробиотические изменения гепатоцитов. Возрастает число двуядерных гепатоцитов –  $22,15 \pm 3,3\%$ . Вокруг крупных ветвей v. porta усиливается воспалительная инфильтрация. Среди клеточных элементов, как и в перидуктальных инфильтратах лимфоциты –  $71,56 \pm 6,24\%$  и эозинофильные лейкоциты –  $25,12 \pm 5,72\%$ . Выраженность склеротических изменений в этих участках меньше, чем вокруг протоков. Морфологические изменения в слизистой оболочке желудка.

**Длительность инвазии 7 суток.** Слизистая фундального отдела желудка несколько отечная. Выражены периваскулярный отек, отек стенок кровеносных сосудов, происходит набухание, пролиферация и везикуляция эндотелия. Отмечается краевое стояние эозинофильных гранулоцитов просветах кровеносных сосудов. В глубоких и поверхностных слоях слизистой, по сравнению с нормой достоверно увеличивается плотность клеточной инфильтрации, в составе которой большое количество иммунокомпетентных клеток, особенно возрастает содержание плазматических клеток и эозинофилов. Клетки по-

кровно-ямочного эпителия высокоцилиндрической формы, отдельные клетки набухшие, границы между ними прослеживаются нечетко, средняя высота эпителия больше, чем в норме, что является статистически достоверным. Просветы фундальных желез незначительно расширены. В эпителиальной формуле наблюдается увеличение щечных и добавочных клеток. Митотический индекс эпителия желез возрастает до  $11,28 \pm 0,61\%$ , что является статистически достоверным ( $p < 0,01$ ), по сравнению с нормой.

**Длительность инвазии 15 суток.** Отечность слизистой оболочки желудка сохраняется. ТСО  $951,84 \pm 61,87$  мкм. Сосуды всех отделов слизистой полнокровны, эндотелиальные клетки набухшие с гиперхромными ядрами. В отдельных участках наблюдается мукоидное набухание, очаговый фибриноидный некроз стенок кровеносных сосудов. Выраженность клеточной инфильтрации во всех отделах слизистой, по сравнению с предыдущим сроком инвазии нарастает, что является статистически достоверным ( $p < 0,05$ ). Достоверно увеличивается уровень тканевой эозинофилии, эозинофилы инвазируют пласт покровно-ямочного эпителия, формируются эозинофильнотучноклеточные ассоциации. Эозинофильные гранулоциты продвигаются между клетками слизистой, дегранулируют, повреждая при этом эпителий слизистой.

В составе клеточных инфильтратов увеличивается количество иммунокомпетентных клеток, особенно эозинофилов и плазматических клеток. Высота фундальных желез увеличивается, желудочные ямки углубляются, отмечается очаговое их расширение, просветы, как правило, заполнены ШИК-положительным секретом. Клетки покровно-ямочного эпителия усиленно продуцируют слизь, высота их увеличивается  $16,54 \pm 1,13$  мкм. Наблюдается поражение специализированных клеток фундальных желез. Обкладочные клетки изменяют свою форму, уплощаются, частично слущиваются. В цитоплазме главных клеток встречаются ШИК-положительные включения, которые можно расценивать как признак, свидетельствующий о мукоидизации. Просветы фундальных желез в некоторых участках кистовидно расширены.

В эпителиальной формуле отмечается статистически достоверное увеличение щечных и добавочных клеток. Индекс СГОК снижен до 0,65 за счет сокращения количества главных клеток, что характеризует гипопепсиногенный клеточный сдвиг. Митотическая активность эпителия слизистой оболочки достигает максимальных цифр  $16,21 \pm 1,15\%$  и статистически достоверно превышает митотическую активность на других сроках инвазии. Расширяется зона митотически делящихся клеток, повышается количество метафаз. В отдельных главных клетках в надъядерной зоне цитоплазмы определяются единичные пузырьки, содержащие ШИК-положительный

секрет, что свидетельствует о мукоидизации данных клеток, количество описанных клеток, по сравнению с предыдущим сроком инвазии нарастает. Активность СДГ в обкладочных клетках продолжает повышаться и составляет 2,64. Содержание РНК в главных клетках, по сравнению с нормой, повышена, в данных клетках на растает активность кислой фосфатазы.

В клеточных элементах инфильтратов сохраняется повышенная активность кислой и щелочной фосфатаз. В пилорическом отделе желудка железы расположены компактно, просветы их расширены по сравнению с нормой. Индекс массы пилорических желез 1,48. В единичных случаях обнаружена узловая гиперплазия слизеобразующих клеток. Характер клеточной инфильтрации в целом аналогичен таковой в фундальном отделе.

**Выводы.** В печени и слизистой оболочке желудка наблюдаются морфологические изменения характерные для описторхозной инвазии, проявляющиеся в повреждении паренхиматозных элементов данных органов, изменении митотического ре-

жима, формирования клеточных инфильтратов состоящих из лимфоидных клеток, макрофагов, эозинофильных лейкоцитов, плазматических клеток.

### Литература

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. - М.: М., 1990. - 278 с.
2. Астафьев Б.А., Яроцкий Л.С., Лебедева М.Н. Экспериментальные модели паразитов в биологии и медицине. - М.: М., 1989. - 270 с.
3. Бычкова Л.С. Клинико-морфологическая характеристика изменений слизистой желудка при описторхозе и восстановительные процессы в ней после дегельминтизации. Автореф. дис...канд. мед. наук.-1983.
4. Зуевский В.П. Патоморфология печени при описторхозе в зависимости от возраста инвазированных животных. Автореф. дис...канд.мед.наук. - Новосибирск, 1985. - 18 с.
5. Крылов, Г.Г. Суперинвазионный описторхоз: пато- и морфогенез осложненных форм и микст-патологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Г. Крылов. - М., 2005. - 40 с.
6. Рычагова И.Г. Морфогенез клеточных реакций печени при различных клиническо - морфологических формах описторхоза. Автореф. дис... докт.мед.наук. Челябинск. - 1995.- 40 с.

\*\*\*

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ СЕВЕРНОГО МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

<sup>1</sup>Казанцева О.В., <sup>2</sup>Анисимова А.В.

<sup>1</sup>г. Ханты-Мансийск, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нормальной и патологической физиологии

<sup>2</sup>г. Тюмень, Россия

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения РФ

Научные руководители:

Шаламова Е.Ю.- к.б.н., доцент.,

Беспалова Т.В. - к.м.н.

**Введение.** В 2004 году Президент России обозначил качество жизни как целевой критерий социально-экономического развития России [9]. Качество жизни характеризуют как системное понятие, определяемое единством его компонентов: «самого человека как биологического и духовного существа, его жизнедеятельности и условий, в которых она протекает качество жизни определяется, прежде всего, присущими определенному человеку внутренними возможностями осуществлять жизненные процессы – жизненным потенциалом» [5]. В качестве синтетического индикатора качества жизни (далее – КЖ) выступает здоровье [10] цит. по [11].

Современное студенчество – это особая статусная группа, объединенная достаточно четко очерченными возрастными границами (17-25 лет),

специфическими условиями труда и жизни (занятием одним видом деятельности – учебной), во многом социально незащищенная [1, 6], имеющая «свои отличия в образе жизни, свои ценности, установки, этапы поведения... определенный статус здоровья, который уже сформировался за предыдущие годы...» [8]. На КЖ студентов влияют экзогенные и эндогенные факторы, такие, как учебный процесс, экзамениционные сессии, бытовые и материальные трудности, психологические нагрузки.

В литературе приводятся данные о том, что пол является важным фактором, определяющим неравенство в здоровье [7]. При этом для представительниц женского пола характерны более высокие показатели нездоровья. Причиной этому может служить то обстоятельство, что «женщины демонстри-

руют повышенный уровень нездоровья вследствие ограниченности своего доступа к материальным и общественным ресурсам, способствующим сохранению, а также повышенного стресса, связанного с реализацией гендерных и семейных ролей» и различия в уязвимости – «женщины демонстрируют большее количество проблем со здоровьем в силу того, что они иначе, нежели мужчины, реагируют на материальные, поведенческие и социально-психологические условия, формирующие здоровье» [7, с. 27].

Термин «gender» в настоящее время обозначает социальный пол, в отличие от биологического пола - «sex» [4]. В свете существующих различий между мужчиной и женщиной (несмотря на изменение и сближение гендерных ролей), представляется важным выявить возможные отличия в КЖ студентов обоего пола.

Таким образом, **целью** исследования явилось исследование гендерных отличий КЖ студентов младших курсов северного медицинского вуза.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проходило в 2010-2011 – 2011-2012 учебных годах. В нем приняли участие студенты 1-2-го курсов лечебного факультета Ханты-Мансийской государственной медицинской академии (ХМГМА) (71 девушка, 25 юношей) и 2-го курса лечебного и педиатрического факультетов Тюменской государственной медицинской академии (ТюмГМА) (77 девушек, 21 юноша). Были получены показатели КЖ при

помощи неспецифического (общего) опросника SF-36. Данный опросник включает 36 вопросов, которые позволяют характеризовать физический (шкалы: *физическое функционирование* (PF), *ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием* (FC) (RP), *интенсивность боли* (BP), *общее состояние здоровья* (GH)), и психологический компоненты здоровья респондентов (шкалы: *жизненная активность* (VT); *социальное функционирование* (SF); *ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием* (ЭС) (RE); *психическое (ментальное) здоровье* (MH)). Показатели шкал могут варьироваться от 0 (минимальное функционирование) до 100 (наибольшее благополучие) [2].

**Статистическая обработка.** Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS 19.0 для Windows. Сравнение двух независимых выборок проводили с помощью теста Т-критерия для двух независимых выборок с вычислением средней величины (M), стандартного отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (SEM). Критический уровень значимости (p) в работе принимался равным 0,05 [3].

На первом этапе интерпретации результатов было проведено сравнение отдельно показателей КЖ юношей – студентов ХМГМА и ТюмГМА (таблица 1) и девушек – студенток обоих вузов (таблица 2). На втором этапе были исследовали гендерные особенности КЖ студентов ХМГМА (таблица 3) и ТюмГМА (таблица 4).

Таблица 1.

**Показатели КЖ студентов 1-го, 2-го курсов лечебного факультета ХМГМА и 2-го курса лечебного и педиатрического факультета ТюмГМА**

Шкалы	Студенты ХМГМА (n=25)			Студенты ТюмГМА (n=21)		
	M	±m	σ	M	±m	σ
1	2	3	4	5	6	7
Физическое функционирование (PF)	92,00	3,54	17,68	94,76	2,25	10,30
Роловое функционирование, обусловленное FC (RP)	69,00	6,81	34,06	78,57	6,29	28,82
Интенсивность боли (BP)	83,88	3,44	17,21	74,57	3,99	18,28
Общее состояние здоровья (GH)	76,92	3,32	16,61	69,33	5,40	24,76
Жизненная активность (VT)	65,80	3,75	18,75	65,24	3,86	18,28
Социальное функционирование (SF)	51,08	1,74	8,71	64,38**	4,08	18,69
Роловое функционирование, обусловленное ЭС (RE)	69,52	7,65	38,24	68,33	8,45	38,71
Психическое (ментальное) здоровье (MH)	72,00	3,83	19,15	70,29	4,03	18,49

Примечание: FC – физическое состояние; ЭС – эмоциональное состояние; \*- различия достоверны по отношению к показателям студентов ХМГМА; \*\* - P < 0,01

Согласно полученным результатам, наиболее высокие значения в обеих группах юношей выявили по шкале *физическое функционирование*. Показатели этой шкалы у юношей – студентов ХМГМА и ТюмГМА значимо не различались. Таким образом, объем повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья, у студентов обоих медицинских вузов был сопоставимым и достаточно высоким. Показатели юношей – студентов ХМГМА и

ТюмГМА значимо различались по шкале *социальное функционирование* (p<0,01): студенты ТюмГМА в большей мере удовлетворены уровнем своей социальной активности. Средние величины шкал *ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья* в группах студентов также отличались, не достигая, однако, значимых различий.

При сравнении КЖ студенток ХМГМА и Тюм-

## СЕКЦИЯ «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ»

ГМА были выявлены значимые различия в показателях шкал, характеризующих психологический компонент здоровья: *жизненная активность* ( $p < 0,05$ ), *социальное функционирование* ( $p < 0,01$ ), *психическое*

(*ментальное*) *здоровье* ( $p < 0,01$ ). При этом значения перечисленных шкал были выше у студенток ТюмГМА, то есть по психологическому компоненту опросника SF-36 они были более благополучны.

Таблица 2.

**Показатели КЖ студенток 1-го, 2-го курсов лечебного факультета ХМГМА и 2-го курса лечебного и педиатрического факультета ТюмГМА**

Шкалы	Студентки ХМГМА (n=71)			Студентки ТюмГМА (n=77)		
	М	±m	Σ	М	±m	Σ
1	2	3	4	5	6	7
Физическое функционирование (PF)	88,80	1,54	12,99	85,19	1,86	16,29
Ролевое функционирование, обусловленное ФС (RP)	59,86	3,56	30,02	62,99	3,83	33,59
Интенсивность боли (BP)	71,75	2,73	22,99	71,55	2,69	23,63
Общее состояние здоровья (GH)	66,66	1,93	16,22	66,10	1,93	16,94
Жизненная активность (VT)	50,35	2,14	18,07	57,92*	1,97	17,31
Социальное функционирование (SF)	46,85	1,30	10,97	56,58**	2,46	21,60
Ролевое функционирование, обусловленное ЭС (RE)	56,61	4,45	37,51	56,43	4,49	39,44
Психическое (ментальное) здоровье (MH)	53,35	2,15	18,10	60,94**	2,02	17,77

Примечание: ФС – физическое состояние; ЭС – эмоциональное состояние; \* - различия достоверны по отношению к показателям студенток ХМГМА; \* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$

Таблица 3.

**Показатели КЖ студентов 1-го, 2-го курсов лечебного факультета ХМГМА**

Шкалы	Студентки ХМГМА (n=71)			Студенты ХМГМА (n=25)		
	М	±m	σ	М	±m	σ
1	2	3	4	5	6	7
Физическое функционирование (PF)	88,80	1,54	12,99	92,0*	3,54	17,68
Ролевое функционирование, обусловленное ФС (RP)	59,86	3,56	30,02	69,0	6,81	34,06
Интенсивность боли (BP)	71,75	2,73	22,99	83,88*	3,44	17,21
Общее состояние здоровья (GH)	66,66	1,93	16,22	76,92**	3,32	16,61
Жизненная активность (VT)	50,35	2,14	18,07	65,8**	3,75	18,75
Социальное функционирование (SF)	46,85	1,30	10,97	51,08	1,74	8,71
Ролевое функционирование, обусловленное ЭС (RE)	56,61	4,45	37,51	69,52	7,65	38,24
Психическое (ментальное) здоровье (MH)	53,35	2,15	18,10	72,0***	3,83	19,15

Примечание: ФС – физическое состояние; ЭС – эмоциональное состояние  
\* - различия достоверны; \*\*\* -  $P < 0,001$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \* -  $P < 0,05$

При выявлении гендерных особенностей КЖ у студентов ХМГМА обнаружили, что в целом средние значения всех восьми шкал опросника SF-36 у юношей превышали таковые девушек. При этом значимые отличия выявили для физического компонента: шкалы *физическое функционирование* ( $P < 0,05$ ), *интенсивность боли* ( $P < 0,05$ ), *общее состояние здоровья* ( $P < 0,01$ ); для психологического компонента:

шкалы *жизненная активность* ( $P < 0,01$ ), *психическое (ментальное) здоровье* ( $P < 0,001$ ). Не выявили значимых гендерно-половых различий для шкал *ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием*.

Таблица 4.

**Показатели КЖ студентов 2-го курса лечебного и педиатрического факультета ТюмГМА**

Шкалы	Студентки ТюмГМА (n=77)			Студенты ТюмГМА (n=21)		
	М	±m	σ	М	±m	Σ
1	2	3	4	5	6	7
Физическое функционирование (PF)	85,19	1,86	16,29	94,76***	2,25	10,30
Ролевое функционирование, обусловленное ФС (RP)	62,99	3,83	33,59	78,57	6,29	28,82
Интенсивность боли (BP)	71,55	2,69	23,63	74,57	3,99	18,28
Общее состояние здоровья (GH)	66,10	1,93	16,94	69,33	5,40	24,76
Жизненная активность (VT)	57,92	1,97	17,31	65,24	3,86	18,28
Социальное функционирование (SF)	56,58	2,46	21,60	64,38	4,08	18,69
Ролевое функционирование, обусловленное ЭС (RE)	56,43	4,49	39,44	68,33	8,45	38,71
Психическое (ментальное) здоровье (MH)	60,94	2,02	17,77	70,29*	4,03	18,49

Примечание: ФС – физическое состояние; ЭС – эмоциональное состояние  
\* - различия достоверны; \*\*\* -  $P < 0,001$ , \* -  $P < 0,05$

При выявлении гендерных особенностей КЖ у студентов ТюмГМА обнаружили сходные закономерности. Так, средние значения всех восьми шкал опросника SF-36 у юношей также превышали показатели КЖ девушек. Однако значимые отличия выявили для шкал *физическое функционирование* ( $P < 0,001$ ) и *психическое (ментальное) здоровье* ( $P < 0,05$ ). Значения других шкал значимо не различались.

**Заключение.** Таким образом, был выявлен ряд значимых отличий между показателями КЖ студентов ХМГМА и ТюмГМА. В большей мере различия были выражены между группами девушек студенток. По всем шкалам, значения которых значимо различались, показатели были выше у студентов ТюмГМА.

Анализ гендерных особенностей КЖ позволяет сделать вывод, что юноши студенты обоих вузов ощущают себя более благополучными, чем их сокурсницы, по всем исследуемым шкалам опросника SF-36. Наиболее низкие значения, независимо от пола и места учебы респондентов, выявили по шкале *социальное функционирование*; гендерные различия показателей этой шкалы были несущественными. Вероятно, значительное ограничение КЖ по шкале *социальное функционирование* объясняется значительным объемом учебной нагрузки, выполнение которой ограничивает круг и время общения своими сокурсниками.

### Литература

1. Агаджанян Н.А. Качество и образ жизни студенческой молодежи / Н.А. Агаджанян, И.В. Радыш // Экология человека. - 2009. - №5. - С.3-8.
2. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества

жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ» / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов, А.П. Ребров, В.Н. Сороцкая // Научно-практическая ревматология. - 2008. - №1. - С.36-48.

3. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. / А. Бююль, П.Цефель // Издательство: ДиаСофт, 2005. - 608 с.
4. Ельяшевич А.М. Гендерные роли и соционика // Соционика. Сборник докладов IV московской научной конференции. М. 2001. <http://www.socioniko.net/ru/articles/yel-gender.html> (Дата обращения: 18.12.2012)
5. Задесенец Е.Е. Методология измерения и оценки качества жизни населения России [Электронный ресурс] / Е.Е. Задесенец, И.В. Пенова. - Режим доступа: <http://gia-stk.ru/mi/adetail.php?ID=37667> 01.02.2010.
6. Карабинская О.А. Оценка качества жизни студентов, первых лет обучения медицинского вуза / О.А. Карабинская, В.Г.Изатулин, О.А. Макаров [и др.] // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - №7. - С.111-113.
7. Курбатов А.В. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье: экологические, гендерные, экономические аспекты (обзор) / А.В. Курбатов, К.Р. Амлаев, К.А. Муравьев // Вестник Ставропольского государственного университета. - 2011. - №3. - С.24-30.
8. Латышевская Н.И. Гендерные различия в состоянии здоровья и качестве жизни студентов / Н.И. Латышевская, С.В. Клаучек, Н.П. Москаленко // Гигиена и санитария. - 2004. - №1. - С. 51-53.
9. Официальный сайт Президента РФ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/text/appears/> 2005/09/93296.shtml. 10.02.2013
10. Субетто А.И. // Квалиметрия жизни (Проблемы измерения качества жизни и направления их решения). - Л., 1991. - С. 5-11.
11. Ушаков И.Б. Современные проблемы качества жизни студентов / И.Б. Ушаков, Н.В. Соколова // Гигиена и санитария. - 2007. - №2. - С.56-58.

\*\*\*

## ВОЗРАСТНЫЕ, ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОСТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОВЫ В ШКОЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**Мирзакаримова Д.Б., Кучкарова Ш.Д.**

г. Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии

Научной руководители:

Юнусов Р.М. - к.м.н., доцент

**Актуальность работы.** Изучение роста и развития детей школьного возраста представляют важную медико-биологическую проблему. Это связано с увеличением числа детей с отставанием в росте и развитии [1,4]. Научно обоснованные данные о росте и формировании детского организма позволяют правильно интерпретировать возрастные, индивидуальные и половые особенности этих процессов, создавать оптимальные условия для гармонич-

ного развития детей школьного возраста с учетом морфологических и функциональных возможностей каждого возрастного периода [3,5]. Одним из определяющих показателей состояния здоровья человека является физическое развитие детей. По результатам антропометрических исследований составляются различные нормативы и стандарты [6]. По этим показателям проводится мониторинг и этот мониторинг позволяет объективно оценить состояние здоровья

## СЕКЦИЯ «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ»

населения, в том числе рост и развитие детского организма [2]. Цель исследования – изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности роста параметров головы у детей школьного возраста.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования послужили учащиеся школ и академических лицеев. Всего обследовано 1100 мальчиков и 1100 девочек в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрическое исследование детей проводилось методом Г.Г. Автандилова (1990). Результаты исследования показали, что у мальчиков в возрасте от 7 до 17 лет продольный размер головы увеличивается в 1,1 раза (с  $16,1 \pm 0,1$  до  $17,7 \pm 0,2$  см), у девочек – в 1,07 раза (с  $15,8 \pm 0,2$  до  $16,9 \pm 0,1$  см). При этом абсолютный прирост продольного размера головы в изученных возрастах у мальчиков составляет в 8 летнем возрасте (по сравнению с 7 лет) равнялось 0,2 см; в 9 – 0,1 см; в 10 – 0,1 см; в 11 – 0,11 см; в 12 – 0,12 см; в 13 – 0,02 см; в 14 – 0,05 см; в 15 – 0,08 см; в 16 – 0,5 см; в 17 – 0,22 см; у девочек – соответственно: 0,1; 0,1; 0,1; 0,04; 0,07; 0,17; 0,02; 0,2; 0,15; 0,15 см (табл.1). Поперечный размер головы в школьном возрасте у мальчиков увеличивается в 1,03 раза (с  $14,4 \pm 0,2$  до  $14,9 \pm 0,1$  см), у девочек – в 1,06 раза (с  $13,3 \pm 0,2$  до

$14,16 \pm 0,1$  см). Абсолютный прирост поперечного размера головы составляет в 8 летнем возрасте у мальчиков 0,04 см; в 9 лет – 0,06; в 10 – 0,04; в 11 – 0,05; в 12 – 0,01; в 13 – 0,02; в 14 – 0,03; в 15 – 0,03; в 16 – 0,13; в 17 – 0,09 см; у девочек – соответственно: 0,15; 0,15; 0,1; 0,18; 0,14; 0,02; 0,04; 0,0; 0,05; 0,03 см. В школьном возрасте у мальчиков высота головы увеличивается в 1,34 раза (с  $10,6 \pm 0,2$  до  $14,2 \pm 0,1$  см), у девочек – в 1,28 раза (с  $10,6 \pm 0,2$  до  $13,6 \pm 0,1$  см). При этом, абсолютный прирост в 8 летнем возрасте (по сравнению с 7 лет) составляет 1,26 см, в 9 – 0,74, в 10 – 0,03, в 11 – 0,2, в 12 – 0,29, в 13 – 0,12, в 14 – 0,26, в 15 – 0,09, в 16 – 0,41, в 17 – 0,2 см, у девочек – соответственно: 1,12; 0,88; 0,07; 0,08; 0,17; 0,06; 0,22; 0,07; 0,08; 0,25 см (табл.1). Окружность головы в школьном возрасте у обоих полов слегка увеличивается (у мальчиков с  $53,2 \pm 0,2$  до  $57,2 \pm 0,2$  см); у девочек – с  $52,5 \pm 0,2$  до  $55,7 \pm 0,2$  см). При этом абсолютный прирост окружности головы у мальчиков составляет в 8 лет (по сравнению с 7 лет) 0,4 см; в 9 – 0,15; в 10 – 0,51; в 11 – 0,32; в 12 – 0,08; в 13 – 0,07; в 14 – 0,07; в 15 – 1,32; в 16 – 0,51; в 17 – 0,47 см; у девочек соответственно: 0,32; 0,18; 0,9; 0,31; 0,47; 0,07; 0,15; 0,45; 0,2; 0,15 см. (табл. 1).

Таблица 1.

**Динамика роста диаметров головы у школьников г. Андижана ( $X \pm m$ , min-max, в см)**

Параметры Возраст	Продольный размер головы (n-100)		Поперечный размер головы (n-100)		Высота головы (n-100)		Окружность головы (n-100)	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
1	2	3	4	5	6	7	8	9
7 лет	$16,1 \pm 0,1$ 15,0-17,0	$15,8 \pm 0,2$ 14,0-17,5	$14,4 \pm 0,2$ 13,0-15,5	$13,3 \pm 0,2$ 12,0-15,7	$10,6 \pm 0,2$ 9,0-11,5	$10,6 \pm 0,2$ 9,5-12,0	$53,2 \pm 0,2$ 50,5-56,0	$52,5 \pm 0,2$ 48,5-56,0
8 лет	$16,3 \pm 0,08$ 15,0-17,50	$15,90 \pm 0,06$ 14,50-17,0	$14,44 \pm 0,08$ 12,50-15,50	$13,45 \pm 0,05$ 12,0-15,50	$11,86 \pm 0,06$ ** 10,50-12,50	$11,72 \pm 0,04$ ** 11,0-12,50	$53,60 \pm 0,15$ 52,0-56,0	$52,82 \pm 0,14$ 50,0-55,0
9 лет	$16,7 \pm 0,1$ * 14,0-17,0	$16,0 \pm 0,2$ 15,0-17,0	$14,5 \pm 0,2$ 12,0-15,5	$13,6 \pm 0,2$ 12,5-15,5	$12,6 \pm 0,2$ * 11,0-14,0	$12,6 \pm 0,1$ * 11,5-13,5	$53,75 \pm 0,2$ 51,0-56,0	$53,0 \pm 0,1$ 51,0-55,2
10 лет	$16,5 \pm 0,04$ 15,50-17,50	$16,10 \pm 0,09$ 15,0-17,50	$14,54 \pm 0,04$ 13,0-15,0	$13,70 \pm 0,09$ 12,0-14,70	$12,63 \pm 0,05$ 11,50-13,50	$12,67 \pm 0,06$ 11,50-13,40	$54,36 \pm 0,09$ 53,0-56,50	$53,90 \pm 0,21$ ** 51,0-56,0
11 лет	$16,61 \pm 0,05$ 15,50-17,50	$16,14 \pm 0,07$ 15,0-17,0	$14,59 \pm 0,05$ 13,0-15,50	$13,88 \pm 0,09$ 12,50-14,70	$12,83 \pm 0,05$ 12,0-13,70	$12,75 \pm 0,07$ 11,80-13,50	$54,68 \pm 0,13$ 51,40-58,0	$54,21 \pm 0,17$ 52,0-57,0
12 лет	$16,73 \pm 0,05$ 15,50-18,0	$16,21 \pm 0,09$ 15,0-17,50	$14,60 \pm 0,06$ 12,50-15,50	$14,02 \pm 0,06$ 13,0-15,0	$13,12 \pm 0,04$ 12,0-14,0	$12,92 \pm 0,07$ 12,0-13,70	$54,76 \pm 0,11$ 53,0-57,70	$54,68 \pm 0,27$ * 51,0-58,0
13 лет	$16,75 \pm 0,06$ 15,40-18,0	$16,38 \pm 0,07$ 15,50-17,60	$14,62 \pm 0,07$ 12,0-16,0	$14,04 \pm 0,08$ 13,0-15,0	$13,24 \pm 0,04$ 12,50-14,20	$12,98 \pm 0,08$ 12,0-13,80	$54,83 \pm 0,14$ 52,0-57,70	$54,75 \pm 0,19$ 52,0-57,0
14 лет	$16,80 \pm 0,2$ 15,3-18,0	$16,4 \pm 0,1$ 15,0-17,5	$14,65 \pm 0,2$ 12,0-15,0	$14,08 \pm 0,2$ 12,0-15,0	$13,5 \pm 0,1$ 12,9-14,2	$13,2 \pm 0,1$ 12,0-13, <	$54,9 \pm 0,2$ 52,0-58,0	$54,9 \pm 0,2$ 52,0-58,0
15 лет	$16,88 \pm 0,06$ 16,0-18,0	$16,60 \pm 0,08$ 15,50-18,0	$14,68 \pm 0,07$ 13,0-15,50	$14,08 \pm 0,10$ 12,0-15,0	$13,59 \pm 0,04$ 12,50-14,30	$13,27 \pm 0,09$ 11,90-14,50	$56,22 \pm 0,13$ ** 54,0-58,50	$55,35 \pm 0,22$ * 52,0-58,0
16 лет	$17,48 \pm 0,06$ * 16,0-18,20	$16,75 \pm 0,08$ 16,0-18,0	$14,81 \pm 0,06$ 14,0-16,0	$14,13 \pm 0,09$ 12,0-15,0	$14,0 \pm 0,04$ * 13,40-14,80	$13,35 \pm 0,06$ 12,0-14,0	$56,73 \pm 0,10$ * 54,0-58,0	$55,55 \pm 0,20$ 52,50-58,0
17 лет	$17,7 \pm 0,2$ 16,0-19,0	$16,9 \pm 0,1$ 16,0-18,0	$14,9 \pm 0,1$ 14,0-16,0	$14,16 \pm 0,1$ 12,5-15,5	$14,2 \pm 0,1$ 13,0-14,5	$13,6 \pm 0,1$ 12,8-14,0	$57,2 \pm 0,2$ 54,0-60,0	$55,7 \pm 0,2$ 53,0-58,6

Примечание: \* -  $P < 0,05$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,001$ , без звёздочки -  $P > 0,05$

Высота лица от 7 до 17 лет у мальчиков увеличивается в 1,17 раза (с  $10,5 \pm 0,2$  до  $12,2 \pm 0,1$  см), т.е. в среднем на 1,7 см; у девочек – в 1,1 раза (с  $10,6 \pm 0,2$  до  $11,7 \pm 0,1$  см), т.е. в среднем на 1,1 см. (табл.2). Ширина лица в школьном периоде у мальчиков увеличивается в 1,17 раза (с  $8,8 \pm 0,2$  до  $10,3 \pm 0,2$  см), т.е. в среднем на 1,5 см, у девочек – в 1,2 раза (с  $8,7 \pm 0,3$  до  $10,4 \pm 0,2$  см), т.е. в среднем на 1,7 см. исследования показало, что у мальчиков ширина лица наиболее интенсивно увеличивается в 8, 9, 12 и 15 лет, а у девочек в 8, 9 и 17 лет. Следует отметить, что рост ширины лица особенно интенсивен у мальчиков в 8 лет, а у девочек в 8 и 17 лет (табл.2).

Таблица 2.

**Динамика роста размеров лица у школьников г.Андижана ( $X \pm m$ , min-max, в см)**

Параметры Возраст	Высота лица (n-100)		Ширина лица (n-100)		Челюстная ширина лица (n-100)	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
1	2	3	4	5	6	7
7 лет	10,5±0,2 10,2-12,5	10,6±0,2 9,6-12,5	8,8±0,2 7,5-10,3	8,7±0,3 7,0-10,5	7,4±0,2 6,5-9,0	7,2±0,2 6,0-8,6
8 лет	10,72±0,08 10,00-12,50	10,69±0,03 10,00-11,20	9,16±0,06 8,00-10,00	9,15±0,04 * 8,20-9,90	7,59±0,07 6,70-8,70	7,69±0,05 * 7,00-9,00
9 лет	10,8±0,2 9,7-12,0	10,7±0,2 9,6-11,7	9,4±0,2 8,4-10,6	9,4±0,1 9,0-10,6	7,8±0,2 7,1-9,4	7,74±0,2 7,0-9,8
10 лет	10,89±0,04 10,30-12,20	10,73±0,07 9,60-11,70	9,45±0,04 8,70-10,00	9,50±0,07 8,20-10,00	7,95±0,06 6,70-9,20	7,83±0,07 6,60-8,50
11 лет	10,91±0,04 10,30-12,00	10,84±0,08 9,50-12,20	9,49±0,04 8,80-10,20	9,55±0,06 8,60-10,10	8,02±0,05 7,00-8,80	7,87±0,06 7,00-8,50
12 лет	11,33±0,04 * 10,20-12,20	11,05±0,06 10,10-11,90	9,72±0,05 9,00-11,10	9,69±0,06 9,00-10,40	8,18±0,04 7,30-9,20	7,99±0,05 7,00-8,60
13 лет	11,49±0,05 10,50-12,50	11,34±0,07 10,20-12,50	9,81±0,07 8,20-11,10	9,76±0,07 9,00-10,80	8,28±0,05 7,00-9,50	8,02±0,08 7,00-9,00
14 лет	11,6±0,2 10,2-12,6	11,4±0,2 10,0-12,5	9,87±0,2 8,2-11,4	9,9±0,2 8,2-11,5	8,32±0,2 7,0-9,5	8,27±0,2 7,0-9,5
15 лет	11,98±0,05 * 11,00-13,00	11,47±0,07 10,80-12,50	10,10±0,05 8,50-10,80	9,96±0,09 8,50-11,50	8,4±0,04 7,20-8,80	8,37±0,10 7,00-9,80
16 лет	12,14±0,04 11,20-12,70	11,53±0,07 10,40-12,50	10,23±0,06 8,50-11,60	10,07±0,08 9,00-11,50	8,44±0,04 7,50-9,40	8,49±0,08 7,20±9,50
17 лет	12,2±0,1 11,3-13,0	11,7±0,1 10,6-12,2	10,3±0,2 8,8-11,3	10,4±0,2 * 9,0-11,5	8,8±0,2 * 7,7-9,8	8,9±0,2 * 7,5-10,2

Примечание: \* - P < 0,05; \*\* - P < 0,01; \*\*\* - P < 0,001, без звёздочки - P > 0,05

**Выводы.** Как видно из описанных, у мальчиков продольный размер головы наиболее интенсивно увеличивается в 16 летнем возрасте, с 8 по 12 лет – этот рост замедлен. У девочек рост продольного размера головы наиболее интенсивно происходит в 13, 15, 16, 17 лет, а в остальных возрастах рост замедлен. Данные показали, что рост продольного размера головы в 8, 11, 12, 14, 16, 17 летнем возрасте у мальчиков больше, чем у девочек, а в 9, 10 лет – рост у обоих полов почти одинаково. При исследовании отмечено, что поперечный размер головы у мальчиков наиболее увеличивается в 16, 17 летнем возрастах, в 9, 10, 11 лет несколько менее интенсивно, а в остальных возрастах наименьше, а у девочек – с 8 по 12 лет рост поперечного размера, значительно, интенсивен, чем в других возрастах. Данные показали, что у обоих полов высота головы наиболее интенсивно увеличивается в 8 и 9 лет, затем слегка интенсивно нарастает у мальчиков в 11, 12, 14, 16, 17 лет, а у девочек – в 12, 14, 17 лет. Как показали исследования, у мальчиков окружность головы существенно увеличивается в 15 лет, затем почти в 2,5 раза меньше в 10, 16, 17 лет, а в остальных возрастах незначительно нарастает. У девочек окружность головы увеличивается менее интенсивно (в 8, 11, 12, 15 лет), чем у мальчиков. Исследования показали, что у мальчиков челюстная ширина лица от 7 до 17 лет

увеличивается в 1,19 раза (с 7,4±0,2 до 8,8±0,2 см), т.е. в среднем на 1,4 см; у девочек – в 1,24 раза (с 7,2±0,2 до 8,9±0,2 см), т.е. в среднем на 1,7 см. При этом интенсивный рост челюстной ширины лица в школьном периоде у мальчиков происходит – в 9 и 17 лет, а у девочек – 8,14 и 17 лет.

### Литература

- Тен С.А., Шамирзаев Н.Х., Тухтаназарова Ш.И. и др. Корреляционная зависимость между параметрами антропометрических измерений у детей 3-7 лет г. Самарканда // Проблемы биологии и медицины. – 2008. – № 3(49) – С. 22-23
- Чирятьева Т.В., Жвавый Н.Ф., Ионина Е.В. Индивидуально-типологические характеристики роста и развития детей в Тюменском регионе // Морфология. – СПб, 2008. – Том 133, № 3. – С. 117-118
- Wang J., Thornton J.C., Kolesnic S. Anthropometry in body composition: An overview // Ann.N.J. Acad.Sci.–2000.–V 904.–P. 317-326
- Байдик О.Д. Возрастная изменчивость мозгового отдела головы у европеоидов Алтая // Морфология. – СПб, 2006. – Т.129, №4. – С. 16
- Гребенникова В.В., Мягкова Е.А. Физическое развитие школьников г. Красноярск. // Актуальные проблемы морфологии. Сб. науч. трудов. – Красноярск, 2005. – С. 77-78
- Жвавый Н.Ф., Койносов П.Г., Орлов С.А. Медицинская антропология наука о человеке // Морфология. – СПб, 2008. – Том 133, № 3.– С.42-43



\*\*\*

**СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА  
С АЛИМЕНТАРНО-ЗВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,  
ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ХАНТЫ-МАНСКОЙ**

**Одинокова Ю.Р.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии*

Научные руководители:

Рагозина О.В. - к.м.н., доцент

Ильющенко Н.А. - к.м.н.

**Актуальность.** Прорезывание зуба – это одно из звеньев сложной цепи процессов его развития, которое начинается во внутриутробном периоде и продолжается в течение нескольких лет после прорезывания. Сроки и закономерность прорезывания временных зубов являются одной из результативных компонентов общего состояния здоровья детей первого года жизни, и связаны с ростом и развитием всего организма. Физиологическое прорезывание зубов характеризуется тремя основными признаками: определенными сроками, парностью и последовательностью прорезывания [6]. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы, посвященный этому вопросу показал, что приводимые разными авторами сроки прорезывания временных зубов существенно различаются и характеризуются давностью, разноречивостью, отсутствием системного подхода к оценке сроков прорезывания зубов и интегрированному влиянию на них различных факторов [1,4,5,6,7]. На прорезывание временных зубов оказывает влияние принадлежность ребенка к тому или иному этносу, расе, полу [8,9,10]. Особую актуальность в настоящее время приобретает проведение исследования по изучению факторов риска и региональных особенностей прорезывания временных зубов у детей раннего возраста, изучение показателей здоровья этой категории детей, что позволит повысить эффективность мероприятий, направленных на своевременную диагностику аномалий зубочелюстной системы и коррекцию выявленных нарушений [6].

**Цель.** Изучить сроки, порядок и последовательность прорезывания временных зубов у детей раннего возраста с алиментарно-зависимыми состояниями.

**Объекты и методы исследования.** Проведен клинический осмотр и обследование ротовой полости у 151 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет на базе детского поликлинического отделения ОКБ г.Ханты-Мансийска. Для клинической части исследования отбирались дети раннего возраста,

пришедшие на очередной профилактический осмотр в детскую поликлинику. Дети были разделены на две группы в зависимости от состояния здоровья на первом году жизни. I группу составили – 75 детей, у которых на первом году жизни не отмечалось алиментарно-зависимых состояний, острыми заболеваниями дети болели в течение одного календарного года до 3-х раз. При этом дети не состояли на диспансерном учете у специалистов и относились к II группе здоровья. Группа была сформирована методом целенаправленного отбора с уравниванием по основным атрибутивным признакам: полу, возрасту, месту жительства. II группу составили – 76 детей, у которых на первом году жизни были диагностированы алиментарно-зависимые состояния (рахит, атопический дерматит, анемия, дисбактериоз). Дети состояли на диспансерном учете у узких специалистов и получали на первом году жизни медикаментозную коррекцию. Все дети обследованы по единой программе: данные, полученные при обследовании, заносились в стандартные карты исследования. При обработке материала, из истории развития ребенка (ф. 112/у) фиксировалась следующая информация: паспортные данные (ФИО ребенка, дата и год рождения, домашний адрес), анамнестические данные (акушерский, социальный анамнезы), антропометрические показатели, сведения о вскармливании ребенка на первом году жизни, сопутствующие заболевания. Из исследования были исключены: недоношенные и дети от многоплодной беременности, дети из семей с низким социальным статусом. Обследование зубочелюстного аппарата проводилось на руках у матери в положении сидя при дневном освещении, с использованием шпателя. При интраоральном осмотре фиксировали наличие прорезавшихся временных зубов. Зуб считался прорезавшимся, если у режца полностью прорезался режущий край, у клыка – режущий бугор, у моляра – два бугра [3].

Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6,0.

**Результаты исследования и обсуждение.**

При анализе данных историй развития детей II группы было выявлено, что у 9,21% детей диагностирован рахит, у 19,73% атопический дерматит. Железодефицитная анемия была зафиксирована у 39,47% детей. Клинические симптомы нарушений микробиоценоза кишечника, подтвержденные результатами лабораторных анализов регистрировались у 65,79% детей данной группы.

Оценка стоматологического статуса выявила, что прорезывание всех групп временных зубов у детей, имеющих в анамнезе алиментарно-зависимые заболевания, начиналось на 0,5-1 месяц позже по сравнению с детьми I группы ( $t > 1,96$ ).

Так у детей I группы средние сроки начала прорезывания зубов составили: верхние центральные резцы (51-61 зуб) –  $9,9 \pm 0,24$  мес., нижние центральные резцы (71-81 зуб) –  $8,57 \pm 0,18$  мес., верхние боковые резцы (52-62 зуб) –  $12,1 \pm 0,34$  мес., нижние боковые резцы (72-82 зуб) –  $13,61 \pm 0,36$  мес., верхние клыки (53-63 зуб) –  $15,56 \pm 0,37$  мес., нижние клыки (73-83 зуб) –  $16,95 \pm 0,42$  мес., верхние первые моляры (54-64 зуб) –  $21,46 \pm 0,48$  мес., нижние первые моляры (74-84 зуб) –  $22,19 \pm 0,43$  мес., верхние вторые моляры (55-65 зуб) –  $22,08 \pm 0,44$  мес., нижние вторые моляры (75-85 зуб) –  $24,43 \pm 0,48$  мес.

У детей II группы средние сроки прорезывания были следующими: 51-61 зубы –  $9,4 \pm 0,19$  мес., 71-81 зубы –  $7,8 \pm 0,16$  мес., 52-62 зубы –  $11,58 \pm 0,28$  мес., 72-82 зубы –  $12,98 \pm 0,30$  мес., 53-63 зубы –  $15,78 \pm 0,38$  мес., 73-83 зубы –  $17,7 \pm 0,43$  мес., 54-64 зубы –  $21,03 \pm 0,45$  мес., 74-84 зубы –  $22,52 \pm 0,48$  мес., 55-65 зубы –  $22,71 \pm 0,47$  мес., 75-85 зубы –  $25,24 \pm 0,43$  мес.

При анализе региональных особенностей сроков прорезывания зубов нами установлено, что прорезывание 51, 52, 61, 62, 71, 72, 81, 82 зубов у детей г.Ханты-Мансийска происходит позже по сравнению с детьми г.Архангельска, г.Москвы и г.Красноярска [2,3,6]. Прорезывания 53, 63, 73 и 83 зубов у детей г.Ханты-Мансийска происходит раньше, чем у детей г.Волгограда и г.Красноярска [2,6], что можно считать региональными особенностями. Средние сроки прорезывания 54, 64, 74, 84 зубов у детей других регионов опережают таковые у детей г.Ханты-Мансийска. Прорезывание 55 и 65 зубов у детей г.Красноярска и г.Москвы происходит позже, а 75 и 85 раньше [3,6], чем у детей г.Ханты-Мансийска.

Нарушение парности прорезывания временных зубов было отмечено у 37 (49,33%) детей I группы и 48 (63,15%) детей II группы ( $p < 0,05$ ). Нару-

шение последовательности прорезывания передней группы зубов верхней и нижней челюсти выявлено у 9 (12%) детей I группы и 12 (15,78%) детей II группы. Особенностью прорезывания временных зубов у детей I группы можно считать начало прорезывания с 51 и 61 либо с 73 и 83 зубов. У детей II группы сначала прорезывались 71 и 81 зубы, либо 51 и 61, или сначала прорезывался 72 зуб.

**Выводы.** Средний срок начала прорезывания временных зубов у детей с фоновыми алиментарно-зависимыми заболеваниями составляет  $7,8 \pm 0,16$  месяцев. Дети с алиментарно-зависимыми заболеваниями характеризуются более поздними (на 0,5 – 1 месяц) сроками начала прорезывания зубов, а также частотой встречаемости нарушения парности прорезывания (63,15% против 49,33% у здоровых) и последовательности прорезывания (15,78% против 12% у здоровых). Выявленные особенности в сроках, парности и последовательности прорезывания зубов у детей обеих групп можно считать региональными особенностями.

**Литература**

1. Дроботько, Л. Н. Уход за полостью рта маленького ребенка / Л. Н. Дроботько // *Вопр. соврем. педиатрии*. 2007. - № 4. - С. 142-146.
2. Елизарова, В. М. Тенденция изменения сроков прорезывания молочных зубов у современного поколения детей / В. М. Елизарова, В. Г. Бутова, Т. Е. Зуева // *Мед. помощь*. 2002. - № 6. - С. 40-42.
3. Зуева, Т. Е. Особенности прорезывания временных зубов и организация стоматологической помощи детям раннего возраста : автореф. дис. . канд. мед. наук / Т. Е. Зуева. М., 2003. - 23 с.
4. Колесников, Л. Л. Анатомия зубов / Л. Л. Колесников, А. В. Чукбар. М. : Медицина, 2007. - 48 с.
5. Мак-Дональд, Р. Е. Стоматология детей и подростков : пер. с англ. / Р. Е. Мак-Дональд, Д. Р. Эйвери. М.: Мед. информ. агентство, 2003. - 768 с.
6. Миллер О.В. Характеристика сроков прорезывания временных зубов у детей раннего возраста, проживающих в крупном промышленном центре (на примере г.Красноярска): автореф. дис. . канд. мед. наук / О.В. Миллер. Красноярск., 2012. - 22 с.
7. Al-Jasser, N. M. Time of eruption of primary dentition in Saudi children / N. M. Al-Jasser, L. L. Bello // *J. Contemp. Dent. Pract.* 2003. - V. 4, № 3. - P. 6575.
8. Gupta, S. Hiremath, S. Singh et al. // *Mcgill. J. Med.* 2007. - V. 10, №1. -P. 11-15.
9. GunaShekhar, M. Longitudinal study of age and order of eruption of primary teeth in Indian children / M. GunaShekhar, J. Tenny // *J. Clin. Exp. Dent.* 2010. -V. 2, № 3. - P. 113-116.
10. Nolla, C. M. The development of the human dentition // *J. Dent. Child.* -2002.-№27.-P. 30-60.

\*\*\*

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ КЛЕТОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ ПРИ СУПЕРИНВАЗИОННОМ ОПИСТОРХОЗЕ И ДЕЙСТВИИ ХОЛОДОВОГО ФАКТОРА**

**Петрук Н.Н.**

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт*

*Кафедра морфологии*

Научный руководитель:

Зуевский В.П. - д.м.н., профессор

Суперинвазионный описторхоз - особая форма паразитоза, которая характеризуется множественной висцеральной патологией. Структурные изменения в структуре печени у экспериментальных животных при суперинвазионном описторхозе ранее изучались рядом авторов [2, 4]. Проблема влияния низких температур на организм человека и животных в последние десятилетия приобрела особую значимость [5]. Ряд авторов изучали влияние действия низкой температуры на печень животных в эксперименте [1, 3]. Однако, совместное влияние холодого фактора и суперинвазионного описторхоза на структуру воспалительных инфильтратов печени не изучалось.

**Цель исследования:** оценить качественный и количественный состав воспалительных клеточных инфильтратов (КИ) при действии холодого фактора на фоне суперинвазионного описторхоза.

**Материалы и методы исследования.** Описторхоз был воспроизведён на 30 сирийских хомяках-самцах. Суперинвазионный описторхоз моделировали путём введения в глотку животных 30 жизнеспособных метацеркариев, а на 21-е сутки производили повторное заражение в дозе 20 метацеркариев. Переохлаждение животных производилось в холодовой камере при  $-20^{\circ}\text{C}$  в течение 20 минут 10 дней. Все экспериментальные воздействия проводились на базе кафедры морфологии ГБОУ ВПО «СурГУ ХМАО-Югры» в соответствии со стандартами Этического комитета, забой животных осуществлялся под эфирным рауш-наркозом на 3,7,15, 30,60 и 90-е сутки эксперимента, во всех сериях материал брался от пяти животных. Кусочки печени фиксировали в 10% нейтральном формалине и изготавливались гистологические срезы толщиной 5 микрон. При изучении клеточного состава инфильтратов определялось относительное (в %) содержание лимфоцитов, плазматических клеток, клеток Купфера, макрофагов, фибробластов, фиброцитов и других клеток.

**Результаты исследований. Суперинвазионный описторхоз и охлаждение. На 3-и сутки** в составе КИ преобладают малые лимфоциты  $62,77\pm 7,80\%$ ; эозинофилы составляют  $8,0\pm 2,5\%$ . **На 7-е сутки** в составе КИ преобладающей массой клеток являются малые лимфоциты -  $37,17\pm 6,06\%$ , а также эозинофильные гранулоциты -  $19,7\pm 4,78\%$ . Нарастает количество клеток Купфера  $11,4\pm 2,79\%$  и плазматических клеток  $6,06\pm 1,89\%$ . **К 15 суткам** в составе инфильтратов основную массу составляют малые лимфоциты  $40,9\pm 9,44\%$  и эпителиальные клетки  $13,27\pm 5,80\%$ . Количество эозинофилов составляет  $13,23\pm 4,05\%$ , удельный вес плазматических клеток нарастает до  $10\pm 4,1\%$ , количество клеток Купфера наоборот снижается до  $5,33\pm 1,37\%$ . **К 30-м суткам** происходит перестройка качественного состава в инфильтратах: преобладают малые лимфоциты  $29\pm 6,78\%$ , плазматические клетки  $27,37\pm 10,2\%$  и эозинофилы -  $12,97\pm 2,93\%$ ; сохраняется высоким удельный вес клеток Купфера -  $12\pm 3,11\%$ . **К 60-м суткам** в КИ преобладают плазматические клетки  $42,37\pm 6,94\%$  и малые лимфоциты  $34,5\pm 7,96\%$ . **К 90-м суткам** отмечается выраженное преобладание плазматических клеток ( $59,73\pm 11,52\%$ ) и снижение количества малых лимфоцитов до  $20,6\pm 7,7\%$ .

**Выводы:**

1. В процессе становления хозяино-паразитарных отношений при суперинвазионном описторхозе и действии холодого фактора организм хозяина реагирует образованием клеточных воспалительных инфильтратов в ткани печени.
2. При суперинвазионном описторхозе и действии холодого фактора с 3-х до 15-х суток преобладают малые лимфоциты с нарастанием доли эозинофилов.
3. С 30-х до 90-х суток происходит перестройка качественного состава с выраженным преобладанием плазматических клеток в инфильтратах.

**Литература**

1. Борисов, В.А. Морфо-функциональные изменения в печени при гипотермии животных с различной исходной резистентностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Борисов. - Минск, 1998. - 18 с.
2. Динамика клеточных преобразований в печени при экспериментальном описторхозе / В. Г. Бычков [и др.] // Мед. паразитология и паразитар. болезни. - 2008. - № 3. - С. 9-12.
3. Елисеева, Т.И. Морфогистохимическая характеристика печени при экспериментальной гипотермии /Т.И. Елисеева/ Теоретические и практические проблемы действия низких температур на организм. - Л., 1975. - С. 72.
4. Клетки ИТО при суперинвазионном описторхозе у сибирских хомяков / В.Ф. Кондаленко [и др.] // Международная научная конференция «Медико-биологические и экологические проблемы здоровья человека на севере»: материалы. – Сургут, 2004. – С. 106-107.
5. Морфометрическая характеристика гепатоцитов при адаптации к экстремальным факторам Антарктиды / М.Д. Шмерлинг [и др.] // Морфология. – 2008. – Т. 134, № 6. – С. 46-49.

\*\*\*

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛОДА  
НА 20 НЕДЕЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Сапожникова А.Н., Югатова А.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра сестринского дела*

Научный руководитель:

Фроловская Н.Н.- преподаватель

**Резюме.** Работа посвящена изучению морфологического развития и строения внутренних органов плода на 20 неделе внутриутробного развития.

**Цель:** Изучить морфологию плода 20 недель внутриутробного развития.

**Ключевые слова:** особенности строения, плод, морфологическое строение, факторы внешней среды.

**Объекты и методы исследования:** Нами было проведено вскрытие плода в возрасте 20 недель внутриутробного развития на базе патолого-анатомической лаборатории БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница». В ходе работы мы ознакомились с правилами обработки трупных материалов и с методикой вскрытия плода. При проведении вскрытия были взвешены некоторые органы и замерены основные антропометрические данные. По показателям веса, роста и размера был сделан вывод о возрасте плода.

Изученный нами плод соответствует 20 неделям внутриутробного развития.

**Результаты исследования:**

Антропометрический объект	Показатель (см)
Длина плода	25,9
Окружность головы	20,1
Окружность груди	16,5
Окружность живота	14,0
Длина головы	6,0
Длина туловища	10,7
Длина бедра	4,9
Длина голени	4,2
Длина стопы	3,5
Длина плеча	4,9
Длина предплечья	4,1
Длина кисти	2,8
Масса плода – 361г.	

Орган	Вес (в гр.)
Печень	22,3
Селезенка	0,7
Почки	4,5
Сердце	3,1
Головной мозг	56,5

\*\*\*

**ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У СТУДЕНТОВ  
С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА**

**Сафронов А.А.**

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт*

*Кафедра физиологии*

Научный руководитель:

Поборский А.Н. - д.м.н., профессор

Индивидуальные функциональные возможности, особенности профиля межполушарной асимметрии мозга, в значительной степени определяет специфику социальной и физиологической адаптации к условиям обучения. В поиске нейрофизиологических механизмов индивидуальных различий представляет интерес изучение взаимосвязи индивидуально-типологических особенностей студентов и энергетического гомеостаза головного мозга, так как изменение последнего во многом может определять характер и особенности умственной деятельности, а также эффективность обучения [1-3].

Оценка интенсивности энергетического обмена происходит на основе анализа уровня постоянного потенциала (УПП) головного мозга. Под УПП головного мозга подразумевается устойчивая разность потенциалов милливольтного диапазона, регистрируемая между каким-либо участком головы или мозга и референтной точкой [3].

Важным источником электрических реакций в организме является сосудистая система. Стенки артерий и вен функционируют как электрические изоляторы, окружающие электропроводную плазму крови, на уровне капилляров осуществляется электрический контакт плазмы крови и тканевой жидкости, которая также как и плазма электропроводна. Величина разности потенциалов на границе гематоэнцефалического и гистогематического барьеров зависит от концентрации ионов водорода внутри сосуда. Поскольку сосудистые потенциалы зависят от изменения рН, то УПП можно использовать для оценки церебрального энергетического метаболизма [2, 3].

**Цель исследования:** изучить особенности мозгового энергетического обмена у студентов с различным типом межполушарной асимметрии.

**Объект и методы исследования.** В исследовании приняли участие 28 студенток-девушек медицинского института в возрасте 18-19 лет, давших информированное согласие на участие в исследовании. Определение доминирующего полушария проводили анкетным методом по Т.А. Брагиной, Н.А.

Хомской [4]. Уровень постоянного потенциала определяли по методике В.Ф. Фокина специализированным аппаратно-программным комплексом «Нейро-энергокартограф» («Neuroenergy», Россия) [3]. Измерения производили по пяти монополярным отведениям, в соответствии с которыми электроды располагали по саггитальной линии в лобной, теменной, а также правой и левой височной областях. Запись производилась в состоянии спокойного бодрствования. Об оптимальном уровне постоянного потенциала свидетельствовали параметры, которые находились в диапазоне 7-9 мВ (лобное отведение, правое височное отведение), 10-13 мВ (центральное отведение), 9-12 мВ (левое височное отведение) [3]. Как умеренно-повышенный, уровень постоянного потенциала рассматривали при 10-14 мВ (лобное отведение), 14-16 мВ (центральное отведение), 13-17 мВ (левое височное отведение), 10-12 мВ (правое височное отведение) [3]. Умеренно-пониженным уровнем постоянного потенциала считали при -5-6 мВ (лобное отведение), -3-8 мВ (центральное отведение), 3-8 мВ (левое височное отведение), 1-6 мВ (правое височное отведение) [3].

**Результаты исследования.** Исходно, на основании проведенного анкетирования, обследуемые студентки были разделены на две группы (с доминирующим левым полушарием и с доминирующим правым полушарием – I и II группы, соответственно).

Было показано, что в лобном отведении I группы у 64% обследуемых, регистрируемые параметры уровня постоянного потенциала ( $8,2 \pm 0,3$  мВ), свидетельствовали об оптимальном уровне энергообмена, локального мозгового кровотока и кислотно-основного состояния. У 22% девушек обнаружены умеренно-повышенные значения  $11,5 \pm 0,4$  мВ уровня постоянного потенциала и 14% имели умеренно-пониженные значения  $-5,3 \pm 0,2$  мВ. Во II группе оптимальным значениям соответствовали параметры 57% студенток ( $7,4 \pm 0,3$  мВ). Параметры уровня постоянного потенциала у 29% умеренно-повышенные ( $13,3 \pm 0,2$  мВ), а 14% имеют умеренно-пониженные значения ( $-5,6 \pm 0,1$  мВ).

Обнаруженные умеренно-повышенные зна-

чения у студенток, с доминированием левого и правого полушария, свидетельствуют о повышении функциональной активности мозга. Это сопровождается увеличением церебрального энергетического метаболизма, локального мозгового кровотока и снижением рН [2, 3]. Умеренно-пониженные параметры отражают снижение функциональной активности нейронов и как следствие уровня энергообмена, локального мозгового кровотока и повышение рН, что может иметь место при переутомлении [2, 3].

По центральному отведению у студенток с доминированием левого полушария (I группа) оптимальным значениям соответствовали параметры 64% учащихся ( $11,5 \pm 0,2$ ), умеренно-повышенным – 22% ( $14,9 \pm 0,1$  мВ), умеренно-пониженным – 14% ( $-1,5 \pm 0,2$  мВ). Уровень постоянного потенциала у 56% обследуемых девушек с доминированием правого полушария (II группа) был в диапазоне оптимальных величин ( $11,6 \pm 0,1$  мВ), у 22% - имел умеренно-повышенные значения ( $15,2 \pm 0,1$  мВ) и у 22% студенток его значения были умеренно-пониженные ( $-1,1 \pm 0,2$  мВ).

По левому височному отведению у 57% студенток с доминированием левого полушария величины уровня постоянного потенциала соответствовали оптимальным ( $10,3 \pm 0,2$  мВ), у 29% они имели умеренно-повышенные значения ( $15,6 \pm 0,1$  мВ), а у 14% - умеренно-пониженные ( $4,5 \pm 0,1$  мВ). У девушек с доминированием правого полушария оптимальные значения обнаруживались у 72% ( $7,9 \pm 0,2$  мВ), а у 14% обследуемых этой группы были умеренно-пониженные значения ( $3,3 \pm 0,1$  мВ). Остальные 14% девушек с правополушарным доминированием имели величины уровня постоянного потенциала умеренно-повышенные ( $13,4 \pm 0,1$  мВ).

В правом височном отведении у 43% студенток I группы регистрируемые параметры соотносились с оптимальными ( $8,3 \pm 0,1$  мВ), у 43% они умеренно-пониженные ( $2,2 \pm 0,2$  мВ), а у 14% были умеренно-повышенные ( $11,6 \pm 0,1$  мВ). Во II группе обследуемых оптимальные значения выявлены у 64% человек ( $8,4 \pm 0,2$  мВ), а у остальных 36% - умеренно-повышенные ( $14,5 \pm 0,1$  мВ).

### Выводы:

1. Уровень энергообмена у большинства обследуемых студенток, как левополушарных, так и правополушарных, соотносим с оптимальными значениями.
2. Изменения уровня энергетического обмена превалируют в сторону увеличения, что является следствием повышенной функциональной активности головного мозга.
3. Лица с доминирующим левым полушарием склонны к большему повышению функциональной активности мозга и его энергетического обмена.

### Литература

1. Леутин В.П. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность / В.П. Леутин, Е.И. Николаева. – СПб.: Питер, 2005. – 368 с.
2. Руководство по функциональной межполушарной асимметрии / Под ред. В.Ф. Фокина, В.И. Кобрина. – М.: Научный мир, 2009. – 836 с.
3. Фокин В.Ф. Энергетическая физиология мозга / В.Ф. Фокин, Н.В. Пономарева. – М.: Антидор, 2003. – 255 с.
4. Хомская Е.Д. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия / Е.Д. Хомская, Н.Н. Привалова, Е.В. Ениколопова. – М.: Изд-во МГУ, 1995. – 78 с.

# Секция «Гуманитарные и социально- экономические науки»



\*\*\*

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

*Вишневская Я.С., Тимофеева Р.В.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Шуляк Е. В. - старший преподаватель

С тех далёких пор, когда появилась профессия врача, сформировалась медицинская этика. Этика современного врача охватывает круг моральных проблем, возникающих в его профессиональной деятельности в сфере сохранения и воспроизводства здоровья и жизни человека. В настоящее время она является одним из основных и наиболее разработанных направлений биоэтики. Медицинская этика является прикладной ветвью этики, или философии морали. Она стремится рассмотреть вопросы добра и зла в различных сферах практики здравоохранения через призму философского анализа. Поведение врача всегда должно быть морально обоснованным, его профессиональные действия должны подчиняться этическим нормам и положениям кодекса профессиональной деятельности, действующего в той или иной стране. Главным в его работе всегда должны быть интересы и права пациента. К сожалению, в настоящее время врачи всё чаще стали придерживаться патерналистской модели взаимоотношений с пациентом. Но проблема этой модели в том, что она пренебрегает принципами уважения свободы и автономии личности пациента, защиты его достоинства и соблюдения прав. Поэтому современное российское законодательство в сфере здравоохранения ориентировано на развитие коллегиальных отношений между врачом и пациентом. Для врача благо пациента должно иметь приоритет перед всеми другими интересами. Каждый пациент должен получать медицинскую помощь в том объёме, который ему необходим, и настолько срочно, насколько он нуждается в этом, независимо от расы, вероисповедания, положения в обществе, материального благосостояния. Но современные врачи всё чаще стали пренебрегать этим принципом. Нередко в больницах мы видим как врачи «выбирают» себе

пациентов, идя на поводу собственных интересов. И всё чаще в медицинской сфере денежные интересы врача стали вытеснять интересы пациента. И тут хочется вспомнить рассказ А. П. Чехова «Ионыч», где для героя главным удовольствием в жизни было пересчитывание денежных купюр, полученных от больных. Вот и в настоящее время высокие идеалы служения обществу, которыми прежде руководствовались медики, явно разъедает ржавчина коммерческих интересов. Широко распространена порочная практика заставлять пациентов с несложными заболеваниями неоправданно часто посещать медицинские учреждения, проводить не всегда нужные обследования, делать операции, без которых вполне можно и обойтись. Всё это явно противоречит нормам кодекса врачебной этики. Современный врач всё более склонен относиться к пациенту как к объекту врачебного возделывания, переоценивая роль инструментальных данных в диагностике, лечение предпочитает осуществлять по отработанным схемам и стандартам. Таким образом, врач уходит от главного – от контакта с пациентом. Ведь больной изучает своего врача прежде всего как человека: опрятен ли он, внимателен и участлив ли в разговоре, нетороплив и спокоен или суетлив, проявляет ли реальную готовность помочь или соблюдает форму. От этой первой встречи с врачом зависит всё дальнейшее отношение между врачом и пациентом. К сожалению, современные врачи уделяют этому всё меньше внимания, и, возможно, сами того не осознавая, портят эти отношения. В заключении хочется сказать, бесспорно врачебная деятельность сложный вид труда, но врач всегда должен ставить интересы и благо пациента впереди всех других интересов. В своём поведении врач всегда должен руководствоваться кодексом врачебной этики, клятвой

Гиппократ, медицинскими декларациями, принципами гуманизма и милосердия.

### Литература

1. Яровинский М. Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). - Изд. 3-е, испр. и доп. - М.: Медицина, 2004. - 528с.
2. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика: Пер. с англ.: Учеб. Пос. / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М., 2004. - 400 с.
3. Иванюшкин А.Я. и др. Введение в биоэтику. М., 1998. - 196с.
4. Иванюшкин А.Я. и др. Профессиональная этика в медицине. - М., Медицина. 1990. - 220 с.
5. Власов В.В. Основы современной биоэтики. Саратов, 1998. - 31с.

\*\*\*

### СИНТЕЗ ОБЩЕСТВЕННЫХ И ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК: ПРОБЛЕМА ТРЕВОГИ В ФИЛОСОФИИ И ФИЗИОЛОГИИ

*Иванов Е.Л., Сайтаджиев Б.Р.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*<sup>1</sup>Кафедра социально-экономических дисциплин*

*<sup>2</sup>Кафедра нормальной и патологической физиологии*

Научные руководители:

<sup>1</sup>Шуляк Е.В. - старший преподаватель,

<sup>2</sup>Шаламова Е.Ю. - к.б.н., доцент

**Актуальность.** Каждый современный человек, если только он внимательно относится к своей жизни, знает - как на своем личном опыте, так и из наблюдений за жизнью окружающих, - что в наше время феномен тревоги охватывает все стороны жизни. Исследование аспектов феномена тревоги – одна из актуальных задач философии, литературы, социологии, политики и экономики, педагогики, религии, психологии и др., призванная сформировать продуктивные стратегии, содействующие здоровью, как отдельной личности, так и всего общества.

Как пишет Н.А. Зимняя: «Студенчество – центральный период становления человека, личности в целом, проявления самых разнообразных интересов» [цит. по 3]. Именно в этот период на молодых людей, проходящих обучение в высших учебных заведениях, воздействует целый комплекс факторов, способствующих развитию стресса. Обучение в медицинском вузе, особенно на младших курсах, сопровождается интенсивными психоэмоциональными нагрузками, которые зачастую приводят к снижению адаптивных возможностей организма студента, уменьшению психологической устойчивости к стрессовым ситуациям. Низкая стрессоустойчивость во многом обуславливает недостаточную жизнестойкость и усиливает восприимчивость к неблагоприятным факторам социальной среды [1].

Необходимость социально-философского анализа феномена тревоги обусловлена важной ролью философии в процессах формирования сознания личности, в том числе студента, ориентированного на преодоление внутренних и внешних конфликтов и противоречий, свойственных культурным

и образовательным установкам человека, а так же формирования мировоззрения личности студента и механизмов его адаптации к стрессовым ситуациям.

Исходя из вышесказанного, **целью** нашей работы явилось интегрированное исследование феномена тревоги с точки зрения философии и физиологии.

Для реализации цели, были поставлены следующие **задачи**:

1 - проанализировать литературу, отражающую роль тревоги в философии;

2 - исследовать уровень тревоги студентов 2-го курса лечебного факультета ХМГМА;

3 - предложить практические рекомендации для снижения уровня тревоги студентов медицинского вуза.

В словаре по философии дается следующее определение тревоги: «тревога – неопределенный страх. В отличие от страха, который всегда страх «чего-то», тревога не относится ни к какому конкретному объекту, поэтому для нее характерно общая и более глубокое беспокойство, когда затронута вся психика человека» [8]. Социально-философская проблематика тревоги на сегодняшний день представлена в литературе достаточно широко и разнообразно, как оригинальными произведениями мыслителей разных веков, так и многочисленными аналитическими исследованиями. XX век, наполненный потрясениями мирового масштаба, разочарованиями и надеждами, обострил внимание философов, историков, социологов, психологов, представителей других профессий к роли тревоги в жизни человека и общества [4]. Мыслители, которых особенно при-



влекали такой предмет исследования, как тревога, обычно не стремились к созданию отвлеченных умозрительных систем, их больше привлекали экзистенциальные конфликты и кризисы, сопровождающие жизнь человека. Они не могли отмахнуться от проблемы тревоги, как это не удастся ни одному человеку. Поэтому неслучайно глубже всех проблему тревоги понимали те философы, которых наряду с философией интересовала также и религия. К таким мыслителям можно отнести Спинозу, Паскаля и Кьеркегора [5].

Очевидно, что в трудах философов можно найти глубокое понимание смысла феномена тревоги, вследствие чего представляется важным глубоко проработать философское наследие. Так, Кьеркегор не только предвосхитил многие концепции Фрейда, но в каком-то смысле даже предсказал дальнейшее развитие его идей.

### 1) **Спиноза Бенедикт Барух.**

В своих размышлениях Спиноза очень близко подходит к проблеме тревоги, например, когда определяет страх как противоположность надежде. Одновременное присутствие переживаний страха и надежды, сохраняющееся у человека в течение какого-то времени, – один из аспектов психического конфликта, который многие современные психологи называют тревогой. Но Спиноза не шел в своих размышлениях дальше и фактически не соприкасался с проблемой тревоги. Проблема тревоги оставалась за пределами философской системы Спинозы. Повидимому, в той исторической и культурной среде, в которой жил философ, вера в разум действительно служила ему надежной опорой [5].

### 2) **Паскаль Блез.**

Для Паскаля тревога была не только лишь его личным переживанием, но и тем, что лежит за поверхностью жизни его современников, проявляясь в «вечном беспокойстве, в котором люди проводят всю свою жизнь». Он говорил о ненасытном стремлении человека отвлечься, убежать от томления, пока беспокойство не растворится в бурной деятельности. Большое количество развлечений и занятий, по его мнению, на самом деле выражает стремление людей избежать «размышления о самих себе», поскольку, если человек остановится и задумается о своей жизни, он почувствует печаль и тревогу [5].

### 3) **Кьеркегор Сёрен.**

Вера в способность разума управлять эмоциями, свойственная семнадцатому веку, превратилась в привычку вытеснять эмоции из сознания. Это позволяет понять, почему социально неприемлемые импульсы (например, сексуальность или ненависть) отрицались с особенной силой. Такая ситуация психологической раздробленности создала проблему, над которой начал работать Зигмунд Фрейд, и его труды можно осознать лишь в историческом контексте. Открытие бессознательных процессов, появле-

ние психоаналитических техник, позволяющих найти основы для психологического единства человека, – все это появилось на фоне раздробленности личности девятнадцатого столетия. Исходя из этого, представляется закономерным, что именно в девятнадцатом столетии, когда было нарушено психологическое единство, перед мыслителями встала проблема тревоги. Неудивительно, что в середине этого же столетия Кьеркегор писал свою работу, в которой тревога исследуется полнее и, возможно, глубже, чем в трудах любого из его предшественников. Нарушение единства, естественно, порождало тревогу. Чтобы заново найти основы единства личности, необходимо было поднять проблему тревоги и, насколько возможно, попытаться ее разрешить. Такую работу и проделал Кьеркегор, а позже – Фрейд.

В 1844 году Кьеркегором был создан труд о тревоге. Ключевая идея этой книги – взаимоотношения тревоги и свободы. Кьеркегор был убежден, что «тревогу всегда можно понять только в ее связи со свободой человека». Свобода – это цель развития личности. Свобода несет с собой тревогу. Тревога, по словам Кьеркегора, – это состояние человека, сталкивающегося со своей свободой. Он даже утверждает, что тревога есть «возможность свободы». Когда бы человек ни представлял себе возможности, в тот же момент потенциально присутствует и тревога. Чтобы проиллюстрировать это на примере повседневной человеческой жизни, вспомним, что у любого человека есть возможность и потребность двигаться вперед в своем развитии. Ребенок учится ходить, идет в школу, взрослый вступает в брак или ищет новую работу. Эти возможности, которые, как открытые дороги, ведут в неведомое, и, поскольку ты еще по ним не путешествовал, пробуждают тревогу [5].

Рассматриваемая нами проблема актуализировалась в науке, в том числе и в отечественной, на рубеже XIX-XX веков, и не потеряла своей актуальности по сей день.

В настоящее время в России активно изучается психология деятельности врача, включая, наряду с исследованием эмоциональных, когнитивных и коммуникативных процессов, и факторы риска в профессиональной деятельности. В ходе общения врача и пациента зачастую возникает психоэмоциональное напряжение. Есть данные, что у «врачей часто отмечается высокий уровень тревоги и клинически выраженная депрессия, нередко даже более выраженная, чем у их пациентов» [9]. Помимо этого, в связи социально-экономической обстановкой и кризисом образовательной системы, «возрастает риск развития пограничных психических расстройств у лиц молодого возраста, в частности, у студентов» [6]. Компенсаторные механизмы психики студентов испытывают значительное напряжение в связи с интенсивными учебными нагрузками. К факторам риска возникновения отклонений в психиче-

ском состоянии студентов относятся сдвиги в уровнях тревожности [2].

В связи с вышесказанным, мы предприняли попытку исследовать уровень тревоги у студентов северного медицинского вуза. Исследование проводилось в 2012-2013 учебном году. В нем приняли участие студенты второго курса лечебного факультета Ханты-Мансийской государственной медицинской академии, 54 девушки и 19 юношей. Средний возраст обследованных девушек и юношей составил соответственно  $19,2 \pm 1,42$  и  $19,0 \pm 1,45$  г. Определяли уровень тревоги при помощи опросника «Госпитальная шкала тревоги-депрессии» [10]. Этот опросник обладает валидностью в отношении тревоги и депрессии и позволяет выявить три области значений: 0-7 баллов – нормальный уровень тревоги/депрессии; 8-10 баллов – «субклинически выраженная» тревога/депрессия; 11 баллов и выше – «клинически выраженная» тревога/депрессия.

Исходя из полученных данных, студенты каждого пола были разделены по уровню тревоги на три группы. При этом обнаружили, что в зависимости от пола испытуемых, процентное распределение по уровню тревоги в группах было различным. В литературе приводятся сведения о том, что есть полезный уровень тревожности, который является необходимым условием развития; при этом высокий уровень тревожности усиливает мотивацию избегания и ухода от реальности [7]. В нашем исследовании у 55,6% девушек (30 человек) был выявлен низкий уровень тревоги; у 25,9% (14 человек) определили «субклинически выраженную» тревогу; у 18,5% (10 человек) – «клинически выраженную» тревогу. Среди юношей было значительно больше с низким уровнем тревоги – 78,9% (15 человек). Процент юношей с «клинически выраженной» тревогой был почти в два раза ниже, чем в группе девушек, и составил 10,5% (2 человека). Столько же было юношей с «клинически выраженной» тревогой. При этом для девушек среднее значение уровня тревоги составило  $7,2 \pm 4,02$ , для юношей –  $5,6 \pm 3,41$ .

Таким образом, были выявлены гендерные отличия в уровне субъективно испытываемой тревоги. Так, среднее значение уровня тревоги у юношей находилось в диапазоне нормальных показателей, тогда как уровень тревоги у девушек находился на нижней границе области значений «субклинически выраженная» тревога.

**Заключение.** Таким образом, проблема тревоги актуальна как для философии, так и для физиологии, а также для взаимосвязанных с ними наук. Эта проблема по-разному проявляется у студентов разного пола и настоятельно требует ее разрешения методами психологического сопровождения, самовнушения, воспитания и самовоспитания. Снижение тревожности имеет большое значение для сохранения здоровья и формирования личности студентов

медицинского вуза, а также для их успешной профессиональной деятельности после его окончания. Полученные результаты позволяют говорить о необходимости направлять усилия студентов медицинских вузов «на развитие произвольности психических процессов и нервно-психической устойчивости, обеспечивающей адаптацию индивидуальных и нейродинамических свойств личности к условиям образовательной деятельности» [9]. Существует потребность в психологическом сопровождении студентов-медиков, как в связи с процессами адаптации к обучению в вузе, так и в связи с необходимостью преодоления возникающих в ходе обучения кризисов.

### Литература

1. Бисалиев Р. В. Психологические аспекты адаптации студентов медицинского вуза / Р. В. Бисалиев, О. А. Куц // Современные наукоемкие технологии. – 2007. – №4. – С.97-98. ]
2. Бушкова Э. А. Влияние селективного анксиолитика афобазола на уровень реактивной тревожности и когнитивные функции студентов вуза / Э. А. Бушкова, Н. А. Варфоломеева, И. Ш. Малогулова, А. А. Кузьмина, Я. И. Абрамова // Современные наукоемкие технологии, 2012.- №8.-С.10-12.
3. Галиахметова Р. Н. Некоторые особенности развития нравственно-правовой культуры студента [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://moy-bereg.ru/razvitie-kulturyi/nekotoryie-osobennosti-razvitiya-nravstvenno-pravovoy-kulturyi-studenta-3.html>. - 15.04.2013.
4. Заворуева А. С. Проблема трансгрессии тревоги в жизни современного общества : социально-философские аспекты : диссертация ... кандидата философских наук : 09.00.11.- Москва, 2007. - 179 с. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.disserr.com/contents/301949.html>. - 15.04.2013.
5. Мэй Р. Смысл тревоги. - М., 2001. - 384 с. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.telenir.net/psihologija/smysl\\_trevogi/p3.php](http://www.telenir.net/psihologija/smysl_trevogi/p3.php). - 15.04.2013.

### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НРАВСТВЕННО-ПРАВОВОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТА

6. Профилактика тревожных расстройств [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://cmz-alliance.ru/uslugi/psihoterapiya/trevogi\\_i\\_fobii/profilaktika\\_trevozhnyh\\_rasstrojstv/](http://cmz-alliance.ru/uslugi/psihoterapiya/trevogi_i_fobii/profilaktika_trevozhnyh_rasstrojstv/). - 06.02.2013.
7. Рагозина М. А. О раннем выявлении и терапии астенических расстройств у студентов медицинского вуза / М. А. Рагозина, С. Н. Подвигин, А. М. Дилина // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья, 2009.- №35.- С. 217-221.
8. Симатова О. Б. Теория копинг-поведения как основа первичной психолого-педагогической профилактики аддиктивного поведения подростков / О. Б. Симатова // Вестник Забайкальского государственного университета, – 2009. – №6. – С.93-98.
9. Словарь философских слов [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.philosophydic.ru/trevoga>. - 15.04.2013.
10. Терентьев И. А. Необходимость психологического сопровождения профессионально-личностного развития врача / И. А. Терентьев // Известия Южного федерального университета. Технические науки, 2006.- Т. 69, №14.-С. 158-162, С. 160.
11. [http://psylab.info/Госпитальная\\_шкала\\_тревоги\\_и\\_депрессии](http://psylab.info/Госпитальная_шкала_тревоги_и_депрессии). [Электронный ресурс] 06.02.2013.

\*\*\*

ФИЛОСОФСКОЕ СИСТЕМА И. КАНТА

*Казимагомедова Н.К.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Черкашин Г.В. – к.ф.н., доцент

**Введение.** Иммануил Кант родился 22 апреля 1724 года в городе Кенигсберге в семье ремесленника Иоганна Георга Канта.

Канта принято называть «основоположником немецкой классической философии». Действительно, почти все виды классического и современного философствования, так или иначе, восходят к творчеству этого мыслителя. Его труды положили начало знаменательной традиции в европейском духовном развитии.

Этот ученый впервые в истории философии отвлекся от космоса и занялся изучением человеческой природы. Для Канта проблема человека стоит на первом месте. Он не забывает о вселенной, но главная тема для него - человек. Он размышлял о законах бытия и сознания только с одной целью: чтобы человек стал человечнее. Идеи Канта подверглись трансформации, но продолжают жить. Особенно актуально они звучат на данном этапе развития человеческого общества - в период гуманизации всех отраслей знания, в том числе и философии.

Кант видел себя продолжателем идеи Френсиса Бэкона, который в свое время, выступил с критикой схоластического разума и житейского рассудка, с требованием отбросить мертвые догмы и укоренившееся предрассудки, проверять на опыте все положения, претендующие на истинность. Разум у Канта не некая общая категория и не объект поклонения. Он, как и все, должен устоять в критическом испытании, и тогда он выступит опорой познания. Ведь без определения границ познания вступать на этот путь опасно. Свою задачу философ видит в том, чтобы преодолеть две мировоззренческие позиции, два вида одностороннего и, следовательно, ложного подхода к проблеме познания - догматизм и скептицизм. Одновременно это преодоление Вольфа, которому принадлежала идея разделения всех философов на скептиков и догматиков. Первые пребывают в сомнении относительно природы вещей, вторые на этот счет придерживаются четкого («догматического») взгляда. Кант предлагает третий путь - единственно здравый, по его мнению, - путь критики. При чем речь идет не о критике каких-либо книг и философских систем, а о критике самого разума, взятого в

чистом виде, то есть независимо от какого бы то ни было опыта. Философ намерен изучить инструмент познания, прежде чем пустить его в дело. Созрел ли разум для самокритики? Кант не сомневается в современности своего начинания.

Человек не может познать: бог есть или его нет, только вера. Окружающая действительность познается методом отражения сознания, поэтому окружающий мир до конца человеческое сознание не может познать. Кант различал воспринимаемые человеком явления вещей и вещи, как они существуют сами по себе. Мы познаем мир не так, как он есть на самом деле, а только так, как он нам является. Так была предложена новая **теория «вещь в себе»**.

Учение Канта о чувственности и рассудке есть введение в учение о знании. Согласно Канту, ни ощущения, ни понятия сами по себе еще не дают знания. Ощущения без понятий «слепы», а понятия без ощущений «пусты». Знание всегда состоит в синтезе понятий и ощущений.

Поэтому перед Кантом возникает вопрос: каким образом разнообразие чувственных созерцаний превращается посредством **априорных форм рассудка в единство?**

Высшее условие такого единства состоит не в материальном единстве самого предмета, а в априорном единстве самосознания, т.е. предшествующем возможности всякого соединения чувственном созерцании. Единство это не зависит от конкретного содержания самих чувственных созерцаний, и поэтому оно формально.

**Заключение.** Центральное место в немецкой классической философии занимало исследование активности человека, т.е. практики, составляющей основу познания и преобразования действительности. Немецкие философы высказали немало плодотворных догадок, в частности о тождественности законов исторического процесса и деятельности людей, об общественной природе и др. Главные достижения немецкой классической философии лежат в области теории познания. Попытки преодоления созерцательности привели к представлению об общественно обусловленном и активно-творческом характере познавательной деятельности.

Одним из первых эти вопросы поставил Кант. Признавая существование объективного мира («вещь в себе»), Кант, однако, считал, что человеку доступен лишь мир явлений. Таким образом, в философии Канта сочетались идеи материализма и идеализма, агностицизма.

Анализируя философские взгляды Канта на основе тех вопросов, которые разобраны в данной работе, можно прийти к выводу о принципиальной познаваемости объективного мира и сущности вещей субъективным разумом, но лишь с позиций веры.

В тоже время сам ход рассуждений Канта, особенно его учение о гносеологических возможностях естествознания заставляет усомниться в «искренности» его выводов. Действительно «трансцендентальное познание» является довольно ограниченным в силу узости методологической базы, в то время как существование точных наук (математики, физики и пр.), объективный характер которых признавался самим Кантом, позволяет с уверенностью утверждать познаваемость мира на основе математических моделей.

Если мы возьмем предысторию вопроса, то обнаружим у его истоков философские школы Платона и Пифагора, которые разрабатывали теорию унификации бытия через адаптацию его к ряду линейных величин.

Современная наука, используя более развитую сеть математического аппарата в состоянии сегодня с относительно большой степенью вероятности моделировать различные объективные процессы, происходящие в сложных системах.

Примечательно, что математические модели разрабатывались учеными, внесшими большой вклад в философскую науку (Пуанкаре, Гёдель, Гильберт, Лейбниц).

Мы обращаемся к философским учениям прошлого, чтобы лучше понять настоящее. Мы обращаемся к ним потому, что современный уровень теории и практики общественного развития позволяет глубже осмыслить содержание этих учений, а через них и прошлые эпохи, их вклад во всемирную историю.

**Наследие Канта остается актуальным**, так как выдвинутые им идеи сохраняют теоретическое и практическое значение.

### Литература

1. Асмус В.Ф.И. Кант. М.: Наука, 1973.
2. Введение в философию: Учебник / Под ред. И.Б. Хмельницкого. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004.
3. История философии в кратком изложении / Под ред. Э.Б. Зарубина. М.: Юнити, 2004.
4. Спиркин А.Г. Философия: Учебник. М.: ИНФРА-М, 2001.
5. Философия: Учебник / Под ред. В.Д. Губина. М.: ПРИОР, 2003

\*\*\*

### ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

**Ким Т.В., Петренко Ю.С. г.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра социально-экономических дисциплин*

Научный руководитель:

Шуляк Е.В. - старший преподаватель

В настоящее время данная тема является достаточно актуальной, т.к. формирование врача как личности в дальнейшем находит отражение во всей его деятельности, и для полноценного понимания наиболее важных аспектов данного вопроса необходимо подробно изучить его со всех возможных позиций. Важным компонентом при работе с пациентом является не только компетентность в своей профессии, но и моральный облик врача. Формирование личности врача – это сложный и многогранный процесс, взгляды на который устанавливались в течение многих столетий еще со времен Гиппократов и продолжающейся и по сей день. Развитие личности врача происходит на протяжении всей жизни, однако основы её закладываются еще в студенче-

ские годы. В становлении личности врача большое значение придается всему: не только интеллектуальному потенциалу будущего доктора, но и его моральным качествам, целеустремленности, устойчивости его философско-идеологических взглядов. Еще более значимой частью воспитания врача – это формирование положительной личности в моральном, духовном отношении. В процессе обучения в медицинском ВУЗе нравственно-психологические и эстетические черты личности, установившиеся еще в детстве, мало изменяются. Именно поэтому профотбор должен основываться также и на личностных качествах студента и его отношении к будущей профессии. Речь может идти лишь о развитии в процессе обучения тех или иных качеств интеллекта.

Моральные же требования можно сформулировать довольно просто: равнодушным, черствым, эгоистичным и тем более жестоким людям дорога к профессии врача должна быть закрыта. Важнейшая задача медицинского образования – формирование и развитие у будущего врача клинического мышления. Специфичность клинического мышления требует особых путей его формирования. Теоретическая подготовка сама по себе не может решить этой задачи. Основа подготовки практического врача – клиника. Современное врачебное мышление является продуктом многовековой истории развития медицинской науки, обобщением и определенным итогом эмпирического опыта нескольких поколений врачей. Однако никогда ранее оно не претерпевало столь бурного развития и не имело столь глубоких противоречий, как в настоящее время. Первое противоречие – это противоречие между многовековым опытом использования традиционных клинических методов обследования пациентов и достижениями современной медицины, сопровождающимися значительным ростом объема лабораторно-инструментальных исследований. Разрешение противоречия между ростом объема информации о больном и традиционными методами исследования надо искать, конечно, не в возвращении «назад к Гиппократу», а в развитии науки, в совершенствовании индивидуального, творческого общения с пациентом. Второе противоречие мышления врача – это противоречие между целостностью объекта (больным человеком) и растущей дифференциацией медицинской науки. Медицина дробится на мелкие специальности, из-за чего врач не может не оказать-

ся в плену ограничений той области медицины, в которой работает. Узкая специализация врачей по нозологическим формам, методам исследования, органам и системам в сочетании с тенденцией к организации крупных многопрофильных больниц приводит к тому, что больного исследует и лечит коллектив врачей. В этих условиях неизбежно теряется общее представление о пациенте, ослабевают личная ответственность врача за конкретного больного, затрудняется психологический контакт с ним и тем более получение доверительной информации. В развитии мышления врача есть и другие проблемы. История медицины поистине соткана из противоречий. Вопрос о повышении культуры мышления поднимает сама жизнь, тем более что прогресс науки предъявляет все более строгие требования к интеллекту, знаниям, общей и профессиональной подготовке врача. Таким образом, основой формирования личности врача являются нравственные качества, таланты и способности, располагающие к врачебной деятельности, клиническое мышление, что, в свою очередь, является залогом успешной профессиональной деятельности выпускников высших медицинских образовательных учреждений.

#### **Литература**

1. Дергилова Т.Т. Формирование культуры личности врача-хирурга // Новая б-ка. - 2006. - № 9. - С. 8-9.
2. Пирогов Н.И. Дневник старого врача // Избр. педаг. соч. М., - 1985, - 340 с.
3. Философия медицины / Ю.Л. Шевченко и др. - М.: ГЭОТАР-Ф56 МЕД, 2004. - 480 с.

**\*\*\***

#### **К ВОПРОСУ СТАНОВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ТЮМЕНИ (С НАЧАЛА XIX в. ДО 40-Х гг. XX в.)**

**Кондратьева М.А.**

*г. Тюмень, Россия*

*ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра отечественной истории и экономической теории*

Научный руководитель:

Бросалина М.К. - к.и.н., доцент

В XVII, XVIII, XIX веках в городе доминировала народная медицина, которая была представлена шаманами, лекарями, знахарями. Тюменцы предпочитали сначала лечиться на свой лад и лишь при крайней нужде обращались к настоящему врачу.

И всё же именно врачи в истории Тюмени, «рассадницы всяких болезней», выступают положи-

тельными персонажами, теми подвижниками, чьё появление равносильно чуду.

В процессе работы были использованы фонды музея истории медицины им.Семовских, статьи тюменских газет: «Тюменская область сегодня», «Тюменское здоровье», «Наше время», книги: Абрамов Н.А. «Город Тюмень», Дворцова Н.П. «Образ. Душа.

Судьба», Иваненко А.С. «Четыре века Тюмени», Чукмалдин Н.М. «Мои воспоминания», «Город Тюмень», Лухманова Н.А. «Очерки из жизни Сибири», архивные материалы, а также личные беседы с родственниками и воспоминания очевидцев: беседа с младшей правнучкой Елизаветы Борисовны Алексеевой-Поповой Мариной Эмильевной Косполовой.

Первая амбулатория – больница для приходящих больных – появилась в Тюмени в 1866 году. Именно этот год следует считать началом становления тюменского здравоохранения. В первый год работы её посетило более тысячи человек, в основном из низших сословий.

В 1912 году практиковало 12 врачей, на каждого из которых приходилось 3500 жителей. Для сравнения, 1889 году в городе практиковало 3 врача, на каждого из которых приходилось по 9848 жителей.

На врачебное дело Тобольской губернии отпускались ничтожные средства. Так, на душу населения в 1883 году – менее 2 копеек, в 1913 году – 35 копеек, которых не хватало.

Сохранились данные о количестве медицинского персонала в Тюмени в 1913 году: врачей – 15, фельдшеров – 15, акушеров – 15, зубных врачей – 7, фармацевтов – 11 человек.

В период первой мировой войны тюменцы также не остались в стороне. Уже в ноябре 1914 года был создан поезд для больных и раненых им. Городов Тюмени и Тобольска. Учреждено два военных госпиталя: первый из них, устроенный Торговым домом «И.П.Колокольникова и Н-Ки», - на 50 кроватей; второй, организованный на пожертвования и городские средства, - на 75 кроватей.

В 1917 году в Тюмени было четыре больницы – городская на 127 коек, крестьянская на 60 коек, железнодорожная на 50 коек, роддом, а также три амбулатории.

Волна Октябрьской социалистической революции докатилась до Тюмени только в феврале 1918 года. В это время начинают распространяться паразитарные тифы.

С августа по ноябрь 1919 года шло образование уездных здравотделов.

В конце 1919 года создаётся губернская чрезвычайная комиссия по борьбе с тифом – «Чека-

тиф». Кроме городской больницы, для госпитализации тифозных больных развёртывается вторая советская больница. Главврачом второй советской больницы назначается Н.Н.Русских. С ним работают врачи: М.М.Быстров, М.А.Сперанский, Л.В.Покровский, П.Г.Пирожникова, Е.Б.Алексеева-Попова, А.М.Красовская.

В 1922 году в городской амбулатории впервые открывается специализированный приём туберкулёзных больных. Развивается и педиатрическая помощь. Развивается сеть детских яслей.

Перед войной Тюмень представляла собой средний, по сибирским масштабам, город. В городе было 25 детских садов, городская больница, противотуберкулёзный и кожно-венерологический диспансеры, железнодорожная больница и больница водного транспорта, три поликлиники и родильный дом.

К 1941 году в городе насчитывается 17 яслей с общим количеством мест 1056.

В городе работает 53 врача, 8 зубных врачей и среднего медперсонала – 398 человек.

Общее число коек в больницах определялось в 618, на 1000 жителей приходилось 8, 1 койки.

На 1 врача в городе приходилось 1430 жителей, а на 1 среднего медработника около 190. Городу, недостаточно обеспеченному жилищным фондом, больничными койками и медицинским персоналом, перенасыщенному, неблагоустроенному, предстояло принять большее число эвакуированного населения, везущего с собою острые инфекционные болезни, развернуть одновременно десять эвакуационных госпиталей для больных и раненых красноармейцев, принять и разместить многие эвакуированные промышленные предприятия, обеспечить всех жильём, питанием, топливом, медицинской помощью, предупредить возникновение эпидемий.

Таким образом, в дореволюционной Тобольской губернии медицинское обслуживание трудящихся было поставлено крайне плохо. Однако в конце XIX-начале XX века в городе начинают появляться профилактические и лечебные учреждения, создаются диспансеры, расширяется и улучшается больничная сеть. Появляются профильные учреждения, стационары. Активно развивается педиатрическая помощь.

\*\*\*

**РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В ТЮМЕНСКОМ РЕГИОНЕ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА**

**Кондратьева М.А.**

*г. Тюмень, Россия*

*ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра отечественной истории и экономической теории*

Научный руководитель:

Бросалина М.К. - к.и.н., доцент

Приоритетный национальный проект «Здоровье» положил начало достаточно глубоким преобразованиям в сфере здравоохранения. Впервые за многие годы отрасль здравоохранения получила достаточно большие государственные вложения.

Чтобы судить о качестве и степени развития медицинского обслуживания сейчас, необходимо знать основные этапы становления и развития медицины в прошлом.

**Цель работы:** провести изучение, анализ и сопоставление истории развития медицины в Тюменском крае в первой половине XX века.

**Задачи:**

1. Дать оценку степени развития медицинского обслуживания в Тобольской губернии

2. Проследить этапы развития лечебного дела в Тюмени в 20 – 30-е годы

3. Оценить роль медицины в годы Великой Отечественной войны

4. Проанализировать развитие здравоохранения в Тюменской области в послевоенное время.

В Тюмени в 1913 г. количество медицинского персонала было следующим: врачей – 15, фельдшеров – 15, акушеров – 15, зубных врачей – 7, фармацевтов – 11 человек. В городе находилось 6 лечебных заведений: городская, сельская и тюремная больницы, городской приемный покой и 2 приемных покоя при железнодорожной станции. Чрезвычайно скудным был бюджет здравоохранения.

С августа по ноябрь 1919 года шло образование уездных здравотделов. 1923-1924 гг. проходили под флагом улучшения медицинской помощи. По состоянию на 1 октября 1923 года врачей числилось 21, зубных врачей – 3, через год количество врачей увеличилось до 29, зубных врачей до 4. В 1925 году в городе работают уже 33 врача и 222 средних медицинских работников. Количество неинфекционных больничных коек достигает 245.

Первым учебным заведением, готовящим медицинских работников на территории Зауралья, была фельдшерско-акушерская школа, открытая в 1920 году в городе Тобольске. В 1921-23 гг. в Зауралье шел процесс создания и реорганизации, необходимых для данного региона средних специальных учебных заведений. В этот период фельдшерско-акушерская школа, в связи с недостатком в г.Тобольске лекторских сил, в сентябре 1921 года была переведена в г.Тюмень, где и реорганизована с января 1923 года в Тюменский медицинский техникум.

На 1 января 1939 года в городе работало 53 врача, 8 зубных врачей и среднего медперсонала – 398 человек. Эвакогоспитали подготавливались к принятию раненых под руководством Обкома и Облисполкома. Всего в Тюмени за годы Вов располагалось 19 ЭГ. Мощность госпиталей и их количество постоянно менялось в зависимости от обстановки на театре военных действий и в госпитальной базе тыла страны. Медицинское оснащение ЭГ было достаточным, соответствующим уровню науки того времени. Кадры мед. работников постоянно пополнялись за счет выпускников Омского мед. института, Тюменской фельдшерско-акушерской школы и курсов Красного Креста.

К 1944 году во вновь образованной Тюменской области насчитывалось: больниц, поликлиник, диспансеров в городе и деревне – 121; станций «скорой помощи» - 6; врачебных здравпунктов – 14; фельдшерских пунктов – 37; фельдшерско-акушерских пунктов – 464; врачей в городах – 158; врачей в сёлах – 126.

В основе здравоохранения 40-х годов был положен принцип участково - территориального обслуживания. В связи с образованием области многие ЛПУ города Тюмени были реструктурированы в областные. В этот период организуется лечение инвалидов войны, происходит объединение больниц и поликлиник.

\*\*\*

ОТСУТВИЕ В ГОС МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРЕДМЕТА ЛИТЕРАТУРА  
АНАЛИЗ, РАССУЖДЕНИЯ И ВЫВОДЫ

*Кривохижин И.В., Пушкарев А.Э.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра социально-экономических и гуманитарных наук*

Научный руководитель:  
Черкашин Г.В. - к.ф.н., доцент

Как известно, в существующем ГОС нет и не было предмета Литература. Но является ли это проблемой, и надо ли предпринимать какие либо меры в вузе для популяризации чтения художественной литературы.

Первое что необходимо было выяснить - читают ли студенты мед вузов художественную литературу.

С помощью интернет сервиса "Вконтакте" мы провели опрос в официальном сообществе студентов-медиков России. Всего в опросе приняло участие **15277** человек.

Вопрос был сформулирован следующим образом. Художественная литература очень полезна для наших извилин, но есть ли у медиков время на нее?

23% (3516 чел.) ответили – нет  
30,6% (4674 чел.) ответили- крайне редко (не больше одной книги в год)  
29,1% (4452 чел.) ответили - иногда (раз в месяц)  
17,2% (2635 чел.) ответили - часто (каждую неделю)

То есть, 82,8% опрошенных нерегулярно читают художественную литературу.

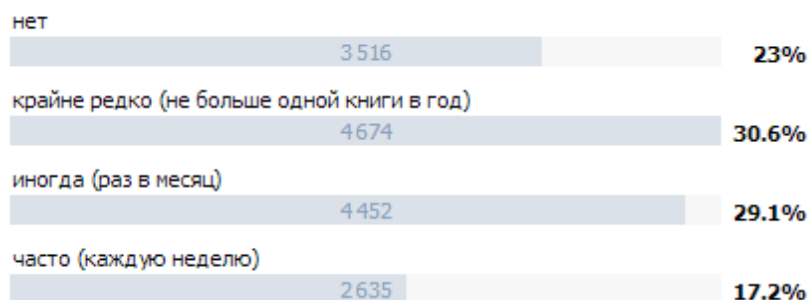


СТУДЕНТ-МЕДИК [ОФИЦИАЛЬНАЯ СТРАНИЦА]

3 мар 2013 в 17:22

Художественная литература очень полезна для наших извилин, но есть ли у медиков время на нее?

Читаете ли Вы художественную литературу? Открытое голосование



Проголосовало **15 277** человек.

[Получить код](#)

Артемка Пушкарёв

[Мне нравится](#) ♥

[Поделиться](#)

[Удалить запись](#)



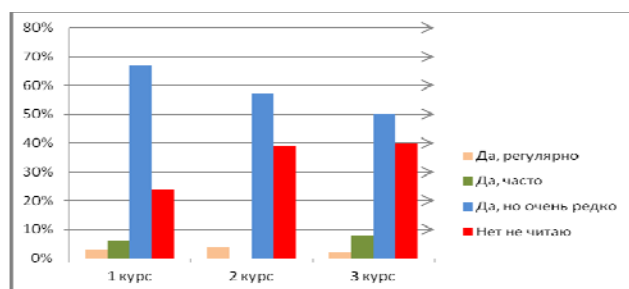
Данные результаты однозначно ставят проблему - художественная литература в медицинском сообществе (в опросе участвовали и студенты и специалисты) читается нерегулярно.

В связи с этим мы предположили, что после окончания школы студенты начинают постепенно забывать о полезном эффекте чтения.

Для того чтобы доказать гипотезу, мы провели анкетирования отдельно для студентов ХМГМА 1,2,3 курса. Основной целью было выяснить количество не читающих студентов.

**На первый вопрос Читаете ли Вы художественную литературу ответили следующим образом:**

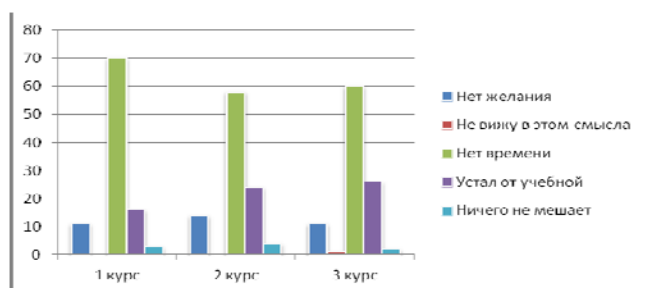
Вариант ответа	1 курс	2 курс	3 курс
1	2	3	4
Да, регулярно	3%	4%	2%
Да, часто	6%	0%	8%
Да, но очень редко	67%	57%	50%
Нет не читаю	24%	39%	40%



Из результатов видно, что увеличивается количество не читающих студентов.

**Какие причины мешают студентам читать больше книг?**

Ответ	1 курс	2 курс	3 курс
1	2	3	4
Нет желания	11	14	11
Не вижу в этом смысла	0	0	1
Нет времени	70	58	60
Устал от учебной	16	24	26
Ничего не мешает	3	4	2



Из результатов видно, что основная причина - недостаток времени, и так же видно, что увеличивается кол-во ответивших "устал от учебной".

Необходимо отметить, что все-таки большая часть студентов хоть и редко, но читают.

98% первокурсников, 100% второкурсников, 98% третьекурсников верят в то, что чтение книг хорошо влияет на мышление человека, делает его культурнее, увеличивает словарный запас.

Значит, все-таки можно предпринять какие-то меры для популяризации чтения.

Для лучшего понимания проблемы, необходимо многогранно рассмотреть возможные причины.

Одна из причин - учебная нагрузка, НО! Это не единственная возможная причина.

Вероятно, студенты к третьему курсу не имеют достаточно свободного времени из-за того, что начинают устраиваться на работу, либо имеют неорганизованный режим дня, тем самым они не имеют времени на чтение даже учебной литературы.

Последние два вопроса были дополнительными, и результаты показали, что из школьного курса литературы у студентов остались знания. Особого значения результаты этих вопросов для работы не имеют. (можно ознакомиться в приложении)

Для врачебной деятельности литература не является обязательным предметом, но для формирования личности, мышления, обогащения речи она является неотъемлемой частью [1] учитывая то, что врачи относятся к интеллигенции.

Мы предполагаем, что с течением лет, количество не читающих еще больше увеличится. Появится постоянная работа, семья, необходимо читать много учебной литературы для профессиональной деятельности, так как медицина постоянно обновляющаяся наука.

Вполне логично, что не имеет смысла вносить изменения в ГОС, так как они составлены компетентными профессионалами и вполне обоснованы. Но можно предпринять меры для популяризации среди студентов чтения, чтобы будущие врачи были начитанными.

Данная работа не просто констатирует факты и анализирует данные.

Мы поставили конкретную проблему, и предлагаем ее решить.

1. Проводить литературные мероприятия. (Брей ринг, литературные вечера, встречи с писателями)

2. Оформлять стенды. Проект первого стенда в приложении. (Топ список художественных книг о медицине)

3. На лекциях и занятиях гуманитарных наук поднимать вопрос о необходимости чтения

Данные меры не дадут стопроцентных результатов, но они посеют зерно, которое со време-

нем прорастет и принесет свои плоды. Мы будем гордиться тем, что наши студенты действительно будут нравственным эталоном общества, интеллигенцией.

#### Литература

1. Валерия Здир. Литература и развитие личности [Электронный ресурс] [http://www.solnet.ee/parents/kn\\_01\\_01.html](http://www.solnet.ee/parents/kn_01_01.html). Дата обращения - 20.04.2013.

\*\*\*

### ВЛИЯНИЕ АКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ АКАДЕМИИ НА ИХ УСПЕВАЕМОСТЬ В УЧЕБЕ И НА РАЗВИТИЕ НЕОБХОДИМЫХ КАЧЕСТВ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

*Крюкова О.В., Шейхова С.М.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра физического воспитания, ЛФК, восстановительной и спортивной медицины.*

Научный руководитель:  
Марущак Л.А. - к.п.н., доцент

**Актуальность.** В ХМГМА обучаются студенты, активно участвующие в общественной жизни, но специфика обучения требует большого количества времени, которое необходимо тратить на самоподготовку. Каким образом отражается на успеваемости и эмоциональном статусе повышенная нагрузка на студентов-активистов?

Человек — существо социальное, поэтому особое значение в формировании личности имеет его общественная деятельность, активное участие в которой развивает чувство ответственности, способствует развитию организованности, выдержки, коммуникабельности, умению работать с коллективом, что имеет большое значение в эпоху развития коллективного труда. Общественная деятельность, как никакая другая, развивает в человеке умение влиять на людей, понимать их желания, управлять ими, умение адаптироваться к той жизни, которая его окружает.

Другими словами, на формирование личности большое влияние оказывают не только сумма накопленных профессиональных знаний, но и общественная деятельность. Личность не возможна вне социальной деятельности и общения. Личностью человек не рождается, он ею становится в процессе деятельности.

**Целью нашей работы** было определить влияние активной деятельности студентов в общественной жизни академии на их успеваемость в учебе и на развитие необходимых качеств для дальнейшей самореализации личности.

Во время исследования нами применялись следующие **методы:** теоретический анализ и обобщение литературных источников, педагогическое наблюдение, социологический опрос студентов, документальный анализ. Результаты исследования обрабатывались с использованием методов математической статистики, применялся сравнительный анализ. Исследование проводилось на **базе** лечебного факультета ГБОУ ВПО Ханты-Мансийской государственной медицинской академии.

**Некоторые результаты исследования.** Нами были изучены две группы студентов с разных курсов ХМГМА (1-4 курс). Первая группа - 15 человек активистов, по данным учебно-воспитательного отдела, вторая группа - 45 человек не занимающиеся активной деятельностью, по данным списков деканата Лечебного факультета.

Проводя сравнительный анализ учебной успеваемости, мы получили следующие результаты исследования (Рис.1-3).



min=2,2 max= 4,8. Среднее значение=3,4.

Рис. 1 – Средний балл текущей успеваемости студентов, не участвующих в общественной жизни ХМГМА



min=3,1 max= 4,8. Среднее значение=4,0.

Рис. 2 – Средний балл текущей успеваемости активистов ХМГМА



Рис. 3 – Показатели текущей успеваемости двух исследуемых групп

Результаты проведенного исследования показали, что средний балл группы "Активисты" - 4,0, а группы "Не активисты" - 3,4. Разница составляет 0,6 балла.

Из этого следует, что студенты, занимающиеся общественной деятельностью, имеют более высокий балл текущей успеваемости.

В ходе исследования была опровергнута наша гипотеза, что студенты, не занимающиеся общественной деятельностью, обучаются лучше, чем активисты.

Мы решили рассмотреть данный вопрос и выяснить причины, найти взаимосвязи, опираясь на литературные источники.

Если изучить студента как личность, то возраст 18—20 лет — это период наиболее активного развития нравственных и эстетических чувств, становления и стабилизации характера и, что особенно важно, овладения полным комплексом социальных ролей взрослого человека.

Преобразование мотивации, всей системы ценностных ориентаций, с одной стороны, интенсивное формирование специальных способностей в связи с профессионализацией — с другой, выделяют этот возраст в качестве центрального периода становления характера и интеллекта. Непрерывно возрастающие творческие возможности, развитие интеллектуальных и физических сил, которые сопровождаются и расцветом внешней привлекательности, скрывают в себе и иллюзии, что это возрастание сил будет продолжаться «вечно», что вся лучшая жизнь еще впереди, что всего задуманного можно легко достичь.

Необходимым условием успешной деятельности студента является освоение новых для него особенностей учебы в вузе, устраняющее ощущение внутреннего дискомфорта и блокирующее возможность конфликта со средой. На протяжении начальных курсов складывается студенческий коллектив, формируются навыки и умения рациональной организации умственной деятельности, осознается призвание к избранной профессии, вырабатывается оптимальный режим труда, досуга и быта, устанавливается система работы по самообразованию и самовоспитанию профессионально значимых качеств личности.

Время учебы в вузе так же совпадает со вторым периодом юности, или первым периодом зрелости, который отличается сложностью становления личностных черт. Характерной чертой нравственного развития в этом возрасте является усиление сознательных мотивов поведения. Заметно укрепляются те качества, которых не хватало в полной мере в старших классах — целеустремленность, решительность, настойчивость, самостоятельность, инициати-

ва, умение владеть собой. Повышается интерес к моральным проблемам: цели, образу жизни, долгу, любви, верности и др.

Резкая ломка многолетнего привычного рабочего стереотипа, основу которого составляет открытое И. П. Павловым психофизиологическое явление — динамический стереотип, иногда приводит к нервным срывам и стрессовым реакциям. По этой причине период адаптации, связанный с ломкой прежних стереотипов, может на первых порах обусловить и сравнительно низкую успеваемость, и трудности в общении.

*Адаптация — это предпосылка активной деятельности и необходимое условие ее эффективности. В этом положительное значение адаптации для успешного функционирования индивида в той или иной социальной роли.*

Исследователи различают три формы адаптации студентов-первокурсников к условиям вуза:

1) адаптация формальная, касающаяся познавательного-информационного приспособления студентов к новому окружению, к структуре высшей школы, к содержанию обучения в ней и к ее требованиям;

2) общественная адаптация, т. е. процесс внутренней интеграции (объединения) групп студентов-первокурсников и интеграция этих же групп со студенческим окружением в целом;

3) дидактическая адаптация, касающаяся подготовки студентов к новым формам и методам учебной работы в высшей школе.

Исследования показывают, что первокурсники не всегда успешно овладевают знаниями отнюдь не потому, что получили слабую подготовку в средней школе, а потому, что у них не сформированы такие черты личности, как готовность к обучению, способность учиться самостоятельно, контролировать и оценивать себя, владеть своими индивидуальными особенностями познавательной деятельности, умение правильно распределять свое рабочее время для самостоятельной подготовки. Приученные к ежедневной опеке и контролю в школе, некоторые первокурсники не умеют принимать элементарные решения. У них недостаточно развито стремление к самообразованию и самовоспитанию.

Участие в общественной жизни развивает коммуникабельность, харизма, ораторское искусство, навыки партнерского общения, умение высказывать и аргументировать собственную точку зрения, быть искренним, убеждать других, эффективно работать в команде, достигая своей цели, видение всей ситуации сложившихся обстоятельств, а не отдельных ее частей. Все это необходимые составляющие для современного студента [1, с. 351].

**Выводы.** Учитывая все выше сказанное, мы пришли к выводу, что студенты, занимающиеся активной общественной деятельностью, более способны к освоению учебного материала, так как они получают полезные навыки, необходимые для обуче-

ния во время активного участия в различных мероприятиях.

### Литература

1. Столяренко Л. Д. Основы психологии / Л. Д. Столяренко. – М.: Феникс, 1999. – 366 с.

\*\*\*

### ЖИЗНЬ И ФИЛОСОФИЯ АРХИЕПИСКОПА ЛУКИ

*Лымарь Е.А., Дазамкина М.Ю. г.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра социально-экономических дисциплин*

Научный руководитель

Шуляк Е.В. - старший преподаватель

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (он же святитель Лука) родился в г. Керчи в 1877 г. В поисках религиозного идеала он прошел через увлечение учением Льва Толстого, но вскоре, изучив Священное Писание, понял, что истина – только в православной вере. После окончания университета он занимался медицинской практикой и научной работой. В 20-е годы XX века работал хирургом в Ташкенте, при этом активно участвовал и в церковной жизни; был рукоположен в диакона, а затем – в иерея, и впоследствии совмещал священническое служение с работой врача. 30 мая 1923 г. он был тайно хиротонисан во епископа. Святитель Лука – выдающийся хирург мирового класса, его научные труды до сих пор не теряют своего значения. В конце жизни он ослеп, но не оставлял своей службы. Он ушёл из жизни 11 июня 1961 года, в день всех святых, в земле российской просиявших. За всю свою жизнь В.Ф. Войно-Ясенецкий преодолел великое множество потрясений, трудностей, несчастий, но, все эти обстоятельства не помешали ему стать Великим врачом, блестящим философом, и человеком с кристально чистой душой. Он почитается верующими как чудотворец и скорый избавитель от недугов, болезней и житейских скорбей. Он был врачом и священником и всю свою жизнь посвятил служению Богу и людям.

Государственные экзамены в университете он сдал блестяще. В научно-медицинской деятельности В.Ф. Войно-Ясенецкий достиг, как и предполагалось, больших результатов. Так, к примеру, им была написана книга «Очерки гнойной хирургии», к написанию которой его мотивировало недостаточность знаний, вынесенных им из университета, при большом значении гнойной хирургии. Данную книгу выпустили тремя изданиями, общим тиражом шестьдесят тысяч экземпляров, за которую автору вручили Сталинскую премию первой степени. В практике он столкнулся с трудностями и опасностями применения общего наркоза, после чего возникли мысли, по возможности, избегать применения наркоза и заменять его местной анестезией. Одной из главных заслуг В.Ф. Войно-Ясенецкого в философии явилось написание книги «Дух, душа и тело». Таким образом, В.Ф. Войно-Ясенецкий внёс большой вклад в развитие философии и медицины.

### Литература

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М.: БИНОМ; Симферополь: AZ-PRESS, 2006. 704 с.
2. Войно-Ясенецкий В. Ф. Я полюбил страдание. М.: Изд-во им. Свт. Игнатия Ставропольского, 1999. 205 с.
3. Лисичкин. В. А. Святой Лука. Краснодар : Совет, 1999

\*\*\*

**СВОБОДА КАК ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ ОТНОШЕНИЕ К МИРУ**

**Ляпунова В.А.**

г. Омск, Россия

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Кафедра философии

Научный руководитель:

Мироненко Т.В. - старший преподаватель

*Посох мой, моя свобода, сердцевина бытия*

*О.Э. Мандельштам*

Проблема свободы – это проблема взаимоотношений мир-человек. Человеку мир дан. И он (мир) всегда будет проблемой для человека, поскольку остается для него «задевающей, вызывающей, дразнящей данностью». Человеку важно уместить себя в мире.

Но уместить себя в мире, не означает ли это на самом деле «остаться самим собой?» Возможно ли в «декорациях современности» быть собой? Именно тогда, когда, казалось бы, невозможно, человек (если он человек) способен осуществить возможность невозможного – отпустить себя на свободу. Первый и необходимый шаг к постижению себя.

Здесь свобода понимается не как выбор, не как возможность повернуть направо или налево. Свобода здесь есть «независимость и определяемость личности изнутри, свобода есть творческая сила», выносящая меня «на границы мира».

Человек хочет быть человеком, иначе, собрать жизнь в одно целое, совершать такие поступки, которые «устанавливают закон жизни». На какие поступки надо отважиться, чтобы обрести себя? Обычно человек живет в соответствии с законами мира, потому что «так нужно», «так правильно». В большинстве случаев

он подчинен условиям и требованиям, предъявляемым природной средой и обществом. Но однажды наступает болезненное состояние души – «душа не на месте», не может найти свой дом. Это страх-тоска – экзистенциально-онтологическая характеристика самого человеческого «Я». В нем (страхе-тоске) человек соприкасается с последней глубиной собственного существования – конечностью. В страхе свобода уже присутствует, но находится в «связанном состоянии». И надо отважиться «выйти себе на встречу». Но «выйти» - это решиться взрастить в себе человеческое как способность мыслить, устраивать (не в смысле «подлаживаться», а в смысле «наводить мосты») отношения Я – мир, Я – Другой, Я – Абсолютное, где Я – не диктует, а вовлечено в отношения «на равных». Когда «на равных», то это и есть действие обнаружения себя в качестве свободы. («Человек и есть свобода»). Свободы как духовной силы, которая в своем существе обнаруживает мою самость как существа ответственного, которое «в мире умеет быть». Свобода здесь – «чистое могу», свидетельство моей открытости миру. В этом «умею и могу в мире быть» кроется мое понимание мира.

\*\*\*

**ФИЛОСОФИЯ СЛАВЯНОФИЛОВ**

**Мурзак Н. А.**

г. Ханты-Мансийск, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Кафедра социально-экономических и гуманитарных наук

Научный руководитель:

Черкашин Г. В. – к. ф.н., доцент

Сто лет тому назад Россия переживала события, по своей исторической значительности едва ли

уступающие современным. В школе великих испытаний формировались основы русского государства, и

в общении с общеевропейской культурой зарождалось наше национальное самосознание. Жизненный факт Великой России порождал стремление к постижению его духовных оснований. Средства этого постижения были даны западным просвещением. Результаты диктовались чертами русского характера, "русского духа". Россия переросла прежние формы своего исторического бытия. Та полная богатых и ярких событий, но в известном смысле все же "растительная" жизнь, которой она жила, перестала соответствовать степени ее духовного возраста. Пробил час окончательного пробуждения русской мысли от предрассветной дремоты восемнадцатого века.

Становление самобытной русской философии начиналось с постановки и осмысления вопроса об исторической судьбе России. В напряженной полемике конца 30-х — 40-х гг. XIX в. о месте России в мировой истории оформились славянофильство и западничество как противоположные течения русской социально-философской мысли.

Главная проблема, вокруг которой завязалась дискуссия, может быть сформулирована следующим образом: является ли исторический путь России таким же, как и путь Западной Европы, и особенность России заключается лишь в ее отсталости или же у России особый путь и ее культура принадлежит к другому типу? В поисках ответа на этот вопрос сложились альтернативные концепции русской истории.

Славянофилы в своей трактовке русской истории исходили из православия как начала всей русской национальной жизни, делали упор на самобытный характер развития России, тогда как западники основывались на идеях европейского Просвещения с его культом разума и прогресса и полагали неизбежным для России те же исторические пути, которыми прошла Западная Европа. При этом следует учитывать, что ни славянофильство, ни западничество не представляли собой какую-то единую школу или единое философское направление: их сторонники придерживались разнообразных философских ориентаций.

Лидеры славянофильства - Алексей Степанович Хомяков (1804—1860), Иван Васильевич Киреевский (1806—1856), Константин Сергеевич Аксаков (1817-1860), Юрий Федорович Самарин (1819—1876) — выступили с обоснованием самобытного пути развития России.

Заслугой славянофилов является то, что они много и плодотворно поработали, чтобы понять идейные основы государственного и культурного творчества русского народа до Петра. Славянофилы поняли, что принципы на которых опирается европейская культура далеки от идеальных, что Петр I ошибся когда вообразил что подражание Европе — гарантия здорового государственного и культурного строительства. Славянофилы говорили: "Русские —

не европейцы, они носители великой самобытной православной культуры, не менее великой, чем европейская, но в силу неблагоприятных условий исторического развития, не достигшей еще такой стадии развития какую достигла европейская культура.

Заслуги славянофилов, несмотря на романтизм и некоторую утопичность их воззрений на русское прошлое — велики.

Так, Киреевский философски обосновывает идею о самобытности исторического пути русского народа и самобытности русской культуры. А. Хомяков, в своих богословских сочинениях поднимает православное богословие на высшую ступень, философски обосновывает идею соборности православной церкви и соборности русского народа. Эти идеи так же как и многие другие, развиваемые славянофилами, не что иное как древние русские идеи, забытые после Петровской революции.

Изучение истории у славянофилов было направлено на поиск устойчивых факторов, влияющих на исторический процесс. Такими факторами, по мысли славянофилов, не могли быть ни природно-климатические условия, ни сильная личность, а только сам народ как "единственный и постоянный действователь" в истории.

Славянофилы считали, что экономические, политические и другие факторы вторичны и сами определяются более глубоким духовным фактором — верою, обуславливающей историческую деятельность народов. Народ и вера соотносятся так, что не только вера создает народ, но и народ создает веру, причем именно такую, которая соответствует творческим возможностям его духа.

И в заключение надо сказать...Влияние славянофилов на русскую мысль было необычайно сильным. Учение славянофилов исходит из основной духовной традиции Православия — борьбы с умственным "безмерием". Славянофилы не только на словах боролись с душевной раздвоенностью русского образованного человека со времен Петровской революции, но личным примером доказали, что Православие способно вернуть душе образованного человека былую целостность.

Спор славянофилов с западниками XIX век разрешил в пользу последних. Причем проиграли не только славянофилы (в середине века), проиграли и народники (к концу столетия). Россия пошла тогда по западному, т.е. капиталистическому пути развития. XX век этот приговор можно сказать пересмотрел. Российский «эксперимент», основанный на западноевропейской модели прогресса, потерпел тяжелое поражение. Потому что уничтожили святая святых - общину, артель, назвав это «великим переломом», - по сравнению с которым «перелом», пережитый страной в эпоху Петра, был не более чем легкой коррекцией ее естественного развития.

\*\*\*

СВЯЗЬ ИДЕОЛОГИИ НАЦИОНАЛ-СОЦИАЛИЗМА  
С ФИЛОСОФСКИМИ ВЗГЛЯДАМИ ФРИДРИХА НИЦШЕ

*Мухтарова Д.Р.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра социально-экономических и гуманитарных наук*

Научный руководитель:

Черкашин Г. В. – к.ф.н., доцент

Фридрих Вильгельм Ницше - немецкий философ, классический филолог, поэт, создатель философского учения, которое легло в основу немецкой идеологии национал-социализма. Асоциальный по своей сущности мыслитель создал философию индивидуальности, философию эгоцентриста, разрушающего моральные устои общества. Своей философией Ницше нарушил принцип гармонии общества, состоящий во взаимном уважении и признании прав и свобод другого человека. Лучше самого философа никто за него скажет: *«Истинная справедливость основана отнюдь не на равенстве - каждый имеет столько, сколько заслуживает, а заслуги его измеряются количеством жизни. Равенство - признак упадка. Ложным является и признак полезности - назначение жизни состоит не в увеличении добра. Сама жизнь есть высшее и величайшее добро, и только это имеет значение. Ложью является и принцип альтруизма: если и может у кого-либо быть великая цель, то она наверняка важнее благополучия ближнего. Дело не в любви к ближнему; уважения и поклонения достойны лишь лучшие, а лучшие - это наиболее сильные. Кроме того, альтруизм есть не что иное, как эгоизм, но только эгоизм слабого. Милосердие - пустая трата энергии на слабых и вырождающихся. Требованием жизни является не спасение и даже не помощь слабым. Лозунгом, достойным подлинной жизни, должен быть: «Падающего подтолкни!».* О влиянии идей Фридриха Ницше на идеологию национал-социализма у историков существует две точки зрения: первая - философия "реакционного антигуманистического теоретика" стала духовной предтечей германского фашизма, и вторая - идеи Ницше были исковерканы и интерпретированы в нужном ключе. К творчеству Ницше следует относиться как к проповеди психически больного реформатора, а к большинству его книг - как к истории болезни неизлечимо больного интеллектуала. Была ли тяжелая жизнь Фридриха Ницше отражением его собственного негативного отношения к миру, либо напротив, присущий ницшеанской философии нигилизм явился следствием тяжелых потерь и бесконечных ударов судьбы, сейчас сказать трудно. Скорее всего, имело место и то и другое.

**Философия.** Фридрих Ницше явился основателем и создателем философии жизни. Философия жизни – это не учение о жизни, но определённый способ философствования, который стремится понять жизнь из неё самой, а не из каких-то абстрактных метафизических начал. Философия Ницше, принципиально антисистематична, имеет преимущественно афористически-литературную, символическую форму. Главная проблема философии жизни и состоит в этом вопросе – об отношении мышления (разума) и жизни. В 1883-м году Ницше опубликовал произведение «Так говорит Заратустра» о человеке завтрашнего дня, которого еще нет сегодня, но который обязательно должен появиться завтра – сверхчеловек, единственное достойное существования существо. Существует точка зрения, что Ницше писал не для обывденного понимания, его нельзя понимать буквально. Но, тем не менее, его идеи получили развитие. Для того чтобы исследовать этику Ницше, нужно обратиться к произведению, которое было опубликовано в 1889-м году под названием «Антихрист». Уже в самом его начале Ницше сформулировал свои этические принципы: что для человека хорошо, что дурно, что полезно, что вредно. Краеугольными камнями морали Ницше служат: во-первых, ценность жизни в ее биологическом смысле - только жизнь имеет абсолютную ценность и порождает все то, что имеет ценность; во-вторых, свобода сильного - свобода принадлежит только тому, кто имеет достаточно силы, чтобы "завоевать" и отстоять ее; в-третьих, неравенство - люди не равны, они лишь лучше или хуже, в зависимости от того, сколько жизненной силы заключено в каждом из них. Важнейшее понятие в его этике – воля к власти, которая является источником биологического и социального прогресса. Что хорошо? — Всё, что повышает в человеке чувство власти, волю к власти, самую власть. Что дурно? — Всё, что происходит из слабости. Что есть счастье? — Чувство растущей власти, чувство преодолеваемого противодействия. Что вреднее всякого порока? — Деятельное сострадание ко всем неудачникам и слабым — христианство. Эти идеи и легли позднее в основу фашистской идеологии. Идеи сверхчеловека, высшей касты, высшей расы.



**Вывод.** Фридрих Ницше не является идеологом фашизма. Его идеи оказали влияние на мировоззрение Гитлера, что привело к порождению такого явления как фашизм. *Томас Манн: "Не фашизм есть создание Ницше, а наоборот: Ницше есть создание фашизма"*.

#### Литература

1. Горшков Ю.Е. Философия Ницше в идеологии германского фашизма / Вестник МГОУ №3 2011
2. Ницше Ф. По ту сторону добра и зла / Ф. Ницше. – М.: Азбука-классика, 2009. – 240 с
3. Ницше Ф. Эссе Homo. Антихрист / Ф. Ницше. – М.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2011. – 224 с

\*\*\*

### КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО РАЗНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ

*Попова А.А., Жеманой М.Ф., Иванов Е.Л.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нормальной и патологической физиологии*

Научный руководитель:  
Шаламова Е.Ю. - к.б.н., доцент

В 90-х годах 20 века в отечественную психологию вошел термин «копинг». Копинг-поведение трактуют как «социальное поведение, или комплекс осознанных адаптивных действий (когнитивных, аффективных, поведенческих), помогающих человеку справляться с внутренним напряжением и дискомфортом способами, адекватными личностным особенностям и ситуации через осознанные стратегии поведения» [7].

Обучение в медицинском вузе сопровождается интенсивными психоэмоциональными нагрузками, которые могут понизить адаптивные возможности организма студента, уменьшить психологическую устойчивость к стрессовым ситуациям [1]. Врачебные профессии связаны с многочисленными стрессовыми ситуациями, обусловленными высокой ответственностью за жизнь и здоровье пациентов. Значительное психоэмоциональное напряжение часто возникает в условиях работы скорой медицинской помощи, вследствие необходимости принятия ответственного решения при дефиците времени и информации; работа в стационаре включает «повседневную, монотонную деятельность,... требует от врачей интенсивного,... по разным причинам эмоционально напряженного общения с пациентами» [4]. Деятельность среднего медицинского персонала также сопряжена с психоэмоциональным напряжением. Однако в лечебном процессе роль врача и среднего медицинского работника различна, в связи с чем можно предположить, что психоэмоциональные нагрузки, испытываемые ими, отличаются.

Исходя из вышесказанного, **целью** нашего исследования было выявление особенностей копинг-поведения студенток, обучающихся на факультетах лечебном (ВПО) и среднего медицинского

профессионального образования (далее – СМПО) Ханты-Мансийской государственной медицинской академии.

**Материалы и методы.** Исследование проходило в два этапа. На первом этапе (2010-2011 учебный год) исследовали копинг-поведение студенток, обучающихся на 1-2 курсах факультета СМПО ХМГМА, 81 человек, средний возраст  $19,2 \pm 0,13$ . На втором этапе (2012-2013 учебный год) были обследованы студентки 2-го курса лечебного факультета ХМГМА, 53 человека, средний возраст  $19,2 \pm 0,20$ . У студенток определяли стратегии копинг-поведения при помощи опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» в адаптации Т.А. Крюковой [8], который содержит перечень заданных реакций на стрессовые ситуации и позволяет выявить доминирующие поведенческие копинг-стратегии: *проблемно-ориентированная; эмоционально-ориентированная; копинг-стратегия, ориентированная на избегание; копинг-стратегия отвлечения; копинг-стратегия поиска социальной поддержки.*

В литературе приводятся сведения о том, что есть полезный уровень тревожности, который является необходимым условием развития; при этом высокий уровень тревожности усиливает мотивацию избегания и ухода от реальности [7]. Исходя из этого, в исследованных группах мы определили уровень тревоги при помощи опросника «Госпитальная шкала тревоги-депрессии» [10], который позволяет выявить три области значений: 0-7 баллов – нормальный уровень тревоги/депрессии; 8-10 баллов – «субклинически выраженная» тревога/депрессия; 11 баллов и выше – «клинически выраженная» тревога/депрессия.

**Статистическая обработка.** Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS 19.0 для Windows с учетом нормальности распределения признака. Нормальность распределения измеренных переменных проверяли при помощи теста Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух независимых выборок проводили с помощью параметрического теста Т-критерия для двух независимых выборок с вычислением средней величины (М), стандартного отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (SEM). Критический уровень значимости (р) в работе принимался равным 0,05 [2].

По результатам определения уровня тревоги, выявили следующее. В группе студенток факультета СМПО нормальный уровень тревоги обнаружили у 45

девушек (55,6%), «субклинически выраженную» тревогу - у 19 (23,5%), «клинически выраженную» тревогу - у 17 (21,0%) студенток. Среди студенток лечебного факультета процентное распределение по уровню тревоги было сходным и составляло соответственно 54,7% (29), 26,4% (14) и 18,9% (10) девушек. Таким образом, по уровню тревоги группы студенток, обучающихся по разным образовательным программам, практически не различались. В обеих группах около 1/5 части испытуемых субъективно испытывали «клинически выраженную» тревогу.

Результаты определения копинг-стратегий в группах студенток с разным уровнем тревоги, обучающихся по разным образовательным программам, представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1.

**Копинг-стратегии студенток факультета СМПО с разным уровнем тревоги (Т)**

Стратегия	Нормальный уровень Т (n=45)		«Субклинически выраженная» Т (n=19)		Р	«Клинически выраженная» Т (n=17)		Р
	М	±m	М	±m		М	±m	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Проблемно-ориентированная	2,92	0,1	2,71	0,13	0,418	3,00	0,12	0,554
Эмоционально-ориентированная	1,93	0,07	2,10	0,11	0,242	2,57	0,15	0,0001*
Ориентированная на избегание	2,58	0,08	2,43	0,13	0,089	2,61	0,13	0,734
Отвлечение	2,23	0,08	2,20	0,13	0,674	2,25	0,16	0,924
Поиск социальной поддержки	2,98	0,11	2,64	0,20	0,070	3,04	0,20	0,680

Примечание: \* - различия значимы по отношению к показателям студенток с низким уровнем тревоги

Таблица 2.

**Копинг-стратегии студенток лечебного факультета с разным уровнем тревоги (Т)**

Стратегия	Нормальный уровень Т (n=29)		«Субклинически выраженная» Т (n=14)		Р	«Клинически выраженная» Т (n=10)		Р
	М	±m	М	±m		М	±m	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Проблемно-ориентированная	3,16	0,15	3,06	0,17	0,662	2,69	0,16	0,040*
Эмоционально-ориентированная	1,93	0,07	2,27	0,18	0,034*	2,99	0,22	0,0001*
Ориентированная на избегание	2,55	0,11	2,38	0,14	0,349	2,25	0,21	0,185
Отвлечение	2,25	0,12	1,99	0,16	0,411	2,16	0,22	0,983
Поиск социальной поддержки	2,83	0,16	2,70	0,23	0,632	2,34	0,29	0,137

Примечание: \* - различия значимы по отношению к показателям студенток с низким уровнем тревоги

Согласно полученным результатам, между группами студенток факультета СМПО значимые различия выявили по применению *эмоционально-ориентированной* копинг-стратегии: девушки с «клинически выраженной» тревогой применяют эту стратегию существенно чаще, чем представительницы других групп. Другие копинг-стратегии применя-

ются студентками факультета СМПО с разным уровнем тревоги практически в равной мере. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что *проблемно-ориентированная* копинг-стратегия, которая является адаптивной и опирается на когнитивные ресурсы, является одной из наиболее применимых, независимо от уровня испытываемой тревоги.

Иные результаты были получены для студенток лечебного факультета (таблица 2). Девушки с «клинически выраженной» тревогой в сравнении с группой с нормальным уровнем тревоги значимо реже применяют *проблемно-ориентированную* копинг-стратегию, направленную на рациональный анализ проблемы и связанную с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации [9], опирающуюся на когнитивные ресурсы. Есть данные, что к когнитивным копинг-стратегиям прибегают индивиды, имеющие высокую самооценку, осознающие собственную значимость [5].

В отношении *эмоционально-ориентированной* копинг-стратегии полученные результаты были схожи с показателями студенток факультета СМПО. Применение этой стратегии значимо возрастало от группы с низким уровнем тревоги к группам с «субклинически выраженной» и «клинически выраженной» тревогой. Эта стратегия совладающего поведения основана на позитивной переоценке ситуации, поиске положительных моментов, снижении и обесценивании значимости событий [3]. Она связана с эмоциональной сферой. Есть данные, что к эмоциональным копинг-стратегиям индивиды прибегают тем чаще, чем выше их уровень тревожности [5]. Эта стратегия не является адаптивной, однако в некоторых случаях помогает справиться со стрессовой ситуацией [6].

Таким образом, у студенток лечебного факультета с низким уровнем тревоги доминировала *проблемно-ориентированная* копинг-стратегия; *эмоционально-ориентированная* стратегия копинг-поведения была представлено значимо ниже, чем в других группах. У студенток с «клинически выраженной» тревогой доминировала *эмоционально-ориентированная* копинг-стратегия; *проблемно-ориентированная* стратегия находилась на втором месте, но применялась значимо реже, чем в группах студенток с более низким уровнем тревоги. В отношении остальных изученных стратегий копинг-поведения значимых различий не выявили.

**Заключение.** Таким образом, применение *эмоционально-ориентированной* стратегии копинг-поведения девушками с разным уровнем тревоги было сходным у студенток факультетов лечебного и СМПО. Напротив, использование *проблемно-ориентированной* стратегии было различным: для студенток лечебного факультета выявили значимые различия в применении этой стратегии в зависимо-

сти от уровня тревоги, в то время как студентки факультета СМПО в своем поведении опирались на эту стратегию, независимо от уровня тревоги. В качестве возможного объяснения широкого применения *проблемно-ориентированной* копинг-стратегии студентками факультета СМПО с разным уровнем тревоги, можно высказать предположение, что это связано с их практикоориентированным обучением. Уже на младших курсах студентки факультета СМПО вооружены алгоритмами поведения в ситуациях, которые могут возникать в ходе их будущей профессиональной деятельности, изучают деонтологические аспекты отношений «врач - средний медицинский работник».

### Литература

1. Бисалиев Р. В. Психологические аспекты адаптации студентов медицинского вуза / Р. В. Бисалиев, О. А. Куц // Современные наукоемкие технологии. – 2007. – №4. – С.97-98.
2. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / А. Бююль, П. Цефель. - Издательство: ДиаСофт, 2005. - 608 с.
3. Исаева Е. Р. Копинг-поведение: анализ возрастных и гендерных различий на примере российской популяции / Е. Р. Исаева // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2009. – №11. – С.144-147.
4. Исаева Е. Р. Синдром эмоционального выгорания и его влияние на копинг-поведение у медицинских работников / Е. Р. Исаева, И. Л. Гуреева // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта.-2010.-т. 64.- №6.-С.26-30.
5. Кобзева О. В. Проявление копинг-поведения в юношеском возрасте.- Вектор науки Тольяттинского государственного университета / О. В. Кобзева // Серия: педагогика, психология.- 2011.-№3.-С.155-158.
6. Останина Н. В. Теоретические основы формирования копинг-поведения учащихся / Н. В. Останина // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2009. №1. С.109-120.
7. Симатова О. Б. Теория копинг-поведения как основа первичной психолого-педагогической профилактики аддиктивного поведения подростков / О. Б. Симатова // Вестник Забайкальского государственного университета. – 2009. – №6. – С.93-98.
8. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С.442-444.
9. Церковский А. Л. Копинг-поведение студентов медицинского вуза/ А. Л. Церковский // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2007. – Т.6, №3.– С.118-127.
10. [http://psylab.info/Госпитальная\\_шкала\\_тревоги\\_и\\_депрессии](http://psylab.info/Госпитальная_шкала_тревоги_и_депрессии) Дата обращения 6.02.2013 [Электронный ресурс]

\*\*\*

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ,  
СТРАДАЮЩЕЙ БЕСПЛОДИЕМ**

**Приходько К.А**

*г. Омск, Россия*

*ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра Педагогики и психологии*

Научный руководитель:

Ражина Н.Ю. - к.п.н, доцент

Бесплодный брак – одна из наиболее важных и сложных медико-социальных проблем. По определению ВОЗ "...бесплодным считается брак, в котором по тем или иным причинам, происходящим в организме женщины или мужчины, либо обоих партнеров, беременность не наступает при регулярной половой жизни без применения каких-либо противозачаточных средств в течение 12 месяцев при условии детородного возраста супругов" [1].

Сегодня проблема бесплодия приобретает государственное значение, так как оказывает влияние не только на конкретных индивидуумов, но и на общество в целом, снижая социальную и профессиональную активность этой группы населения. В этой связи, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья становится важнейшей медицинской задачей, решение которой расширяет возможности воспроизводства вида и сохранения генофонда [2].

В современном обществе происходят изменения социального статуса женщины, связанные с возрастанием ее роли в обществе. Во всех странах мира неуклонно увеличивается количество представительниц слабой половины человечества в экономике, политике, культуре и общественной жизни. Женщина перестает быть безмолвной домохозяйкой, предназначением которой является лишь продолжение рода. Сегодня она заявляет свои права на то, чтобы по социальным достижениям не уступать мужчинам, ставит для себя иные цели, нежели, просто быть женой и матерью. Известны случаи, когда женщина на самом деле не хочет иметь ребенка, а пытается забеременеть из-за общественных стереотипов и давления родственников.

**Цель исследования** заключается в определении личностных особенностей современной женщины, страдающей бесплодием.

Для достижения вышеуказанной цели нами решались следующие **задачи**:

1) определить типы темперамента бесплодных женщин;

2) выявить акцентуации характера женщин, страдающих бесплодием;

3) определить уровень невротизации бесплодных женщин;

4) выявить преобладающие эмоции женщин, страдающих атокиями.

**Методы:**

1) Анализ статистических данных Центра планирования семьи и отдела вспомогательных репродуктивных технологий Клинического родильного дома №1.

2) Тестирование по методикам Г.Айзенка на определение типа темперамента; Л.Н. Ротиной - определение эмоционального состояния; Л.И. Вассермана – на определение уровня невротизации; К. Леонгарда - Н. Шмишека – на определение акцентуаций характера.

3) Наблюдение.

Известно, что 30% женщин, страдающих бесплодием, получают диагноз «бесплодие неясного генеза», который ставят только в том случае, когда у женщины с регулярными менструальными овуляторными циклами проходимы маточные трубы и отсутствуют перитубарные спайки, эндометриоз и миома матки. Наряду с этим, у ее полового партнера отсутствует патология спермы, осуществляются регулярные и частые половые сношения, особенно во время овуляции, и попытки достижения наступления беременности предпринимаются в течение 2 лет [3]. В этом случае утверждается, что невозможность забеременеть обусловлена причинами психологического характера.

Данные современной психологии материнства свидетельствуют о том, что, как правило, нарушения репродуктивной функции сопровождаются искажением психологической составляющей материнской сферы женщины: нет положительного образа будущего материнства; неадекватная ценность ребенка и материнства; есть нарушения полоролевой идентичности; доминирует направленность на сохранение своих ресурсов, опека по отношению к себе, реализация индивидуальных потребностей в достижении, самореализация и т.п. в ущерб мотивации удовлетворения потребностей ребенка и обеспечения его развития и

самореализации. Таким образом, обнаруживается внутренний конфликт между альтернативными доминантами стремления к материнству (как социально желаемой цели) и стремления к удовлетворению индивидуальных потребностей, которые подвергаются фрустрации при переходе в материнство [4].

Deutsch выделил «типы» женщин, страдающих бесплодием:

- 1) незрелые, чувствительные, разборчивые женщины, по-детски капризные по отношению к мужу и склонные к функциональным расстройствам;
- 2) агрессивно-доминантные женщины, не признающие свою женственность;
- 3) женщины с ролью матери, которые переносят свой материнский инстинкт на мужа;
- 4) женщины, посвятившие себя карьере или другим эмоциональным интересам [5].

Нами был проведен анализ статистических данных структуры женского бесплодия из опыта работы женской консультации Родильного дома №1, определяющий актуальность проблемы бесплодия.

Согласно полученным данным женское бесплодие в 2012 г. увеличилось на 8,4% по сравнению с предыдущим (2011 г.), что составило 1866 чел. Из них женское бесплодие с отсутствием овуляции составило 139 человек или 7,45% от общего числа женщин; бесплодие трубного происхождения - 216 человек (11,58%); бесплодие маточного происхождения - 45 человек (2, 41%); бесплодие, связанное с мужским фактором бесплодия - 69 человек (3,7%); другими формами женского бесплодия страдают 365 человек (19, 56%); а бесплодием неясного генеза или психосоматическим бесплодием страдают 665 женщин, что составляет 35,64%! Следовательно, бесплодие, вызванное психогенными факторами, составляет треть атакций. При этом психологи считают, что любая форма бесплодия имеет психологические основы.

Подавляющее большинство (91%) пациенток имеют в клинической картине тревожно-депрессивный синдром и синдром ожидания беременности, которые устраняются путем психокоррекции, позволяющей изменить мотивацию и картину мира. В результате чего специалисты отмечают положительную динамику в лечении этого заболевания.

Рядом ученых были проведены исследования с целью выявления характерных черт, присущих женщинам, которые не могут иметь детей. Так В. Д. Менделевич и Э. В. Макаричева с помощью теста ММРП выявили определенный личностный профиль бесплодных женщин. Эти женщины имеют склонность к депрессивным реакциям, конфликтны, эмоционально неустойчивы, тревожны с выраженным стремлением нравиться всем окружающим. Они неуверенны в себе, их самооценка неустойчива и зависит от мнения окружающих [6]. Неудовлетворен-

ность собой, сниженную самооценку отмечает у бесплодных женщин и А. В. Колчин [7].

О. С. Карымова, проведя анализ результатов СМЛ, показала, что бесплодные женщины в целом эмоционально неустойчивы, при этом возможен конфликт между стремлениями в разнонаправленные стороны: эгоизм и альтруизм, агрессивность и стремление нравиться, обособленность и принадлежность группе. При этом для них характерна маскулинность: независимость, стремление к эмансипации, самодостаточность. Кроме того они склонны к психосоматическим расстройствам. Эти женщины в большинстве своем властны, нетерпимы к критике, независимы, обособлены в группе, в некоторой степени самодовольны, упорны, подозрительны к окружающим. При этом они прислушиваются к мнению окружающих и порой зависят от их мнения [8].

Для проведения исследования нами была определена выборка, состоящая из 45 бесплодных женщин, находящихся на лечении в женской консультации Родильного дома № 1. Используя методику Г.Айзенка, мы выявили, что сангвинический тип темперамента является преобладающим у 35,6% исследуемых. Как известно, сангвиники очень активны и энергичны, им свойственна доброта и готовность прийти на помощь. Подвижность психических процессов не позволяет сангвинику долго пребывать в депрессии и «зацикливаться» на проблемах. Представители этого типа темперамента обладают веселым нравом, легким характером, чувством юмора, они оптимистичны и полны надежд [9].

Результаты исследования уровня невротизации бесплодных женщин показали, что 55,6% обладают средним уровнем невротизации ( $14 \pm 4$  б.). Эти данные свидетельствуют об их эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности, что, безусловно, соответствует выявленному типу темперамента испытуемых.

Согласно исследованиям, представленным в научной литературе (Синельников, 2007), преобладающими эмоциями, ведущими к бесплодию, являются страх и презрение [10]. В нашей работе у бесплодных женщин было выявлено преобладание таких эмоций, как интерес (1,51 б.) и радость (1,84 б.), максимальная выраженность которых оценивалась в 3 балла.

В рамках данной работы, у испытуемых исследовались акцентуации характера. В результате было определено, что 31,75% женщин свойственна эмотивность, выражающаяся в тонкости эмоциональных реакций, пронизательности, гуманности, отзывчивости; в обладании повышенной чувствительностью, способности к эмпатии, впечатлительности и добросердечности и лишь при крайне неблагоприятных условиях склонности к депрессии.

В результате нашего исследования были выявлены данные, противоречащие ранее проведенным исследованиям, что обозначило тенденцию, заключающуюся в изменении личностных особенностей современной бесплодной женщины. Теперь это необязательно несчастная, невротичная, неуверенная в себе женщина, это может быть жизнерадостная, сильная и эмоциональная личность.

Мы объясняем это тем, что, во-первых, все исследованные нами женщины ожидают очереди на ЭКО, с чем, может быть, связан их эмоциональный подъем. Во-вторых, испытуемые посещают групповые психологические консультации, что позволяет им не только корректировать свою картину мира с помощью разнообразных психологических методик, но и общаться с женщинами, имеющими подобные проблемы и таким образом получать эмоциональную поддержку. Наряду с этим, участницы исследования имеют поддержку со стороны мужей, что оказывает благоприятное влияние на их эмоциональное состояние.

Таким образом, представленные в работе результаты обнаруживают необходимость дополнительных исследований, позволяющих пересмотреть уже известное в данном направлении. Реалии современной жизни заставляют врача по-новому взглянуть на бесплодную женщину и отказаться от отношения и модели поведения, обусловленных стереотипом, навязанным прошлым, что позволит

изменить не только тактику общения с женщинами, имеющими атокии, но и стратегию лечения этого заболевания.

### Литература

1. Улятовская Л.Н. Бесплодный брак – проблема современности. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.celt.ru/articles/art/art\\_92.phtml](http://www.celt.ru/articles/art/art_92.phtml). - 25.02.13
2. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы: // «Проблемы репродукции». 1999. №2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.rusmedserv.com/problreprod/1999/2/article\\_172.html](http://www.rusmedserv.com/problreprod/1999/2/article_172.html). - 25.02.13
3. Идиопатическое бесплодие. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.galateyamed.ru/info/gynaecol7.php>. - 10.03.13
4. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. // Медицинская психология в России. 2011. № 6. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medpsy.ru>. - 14.03.13
5. Логинова А.И. «Бездетный брак». [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://olga29011.narod.ru/bezdet\\_brak\\_stat.htm](http://olga29011.narod.ru/bezdet_brak_stat.htm). - 20.03.13
6. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие. // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. №3 стр.20-22
7. Колчин А. Психологические аспекты репродукции человека. // Проблемы репродукции. - М., С. 12-13.
8. Арымова О. С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин // Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб, 2010.
9. Сангвиник – характеристика. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://facepsy.ru/sangvinik.htm>. - 14.04.13
10. Синельников В.В. Возлюби болезнь свою. М.: Центрполиграф, 2007



### ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ З.ФРЕЙДА

**Сесюнина О.В.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Черкашин Г.В. – к.ф.н., доцент

Личность Зигмунда Фрейда (1856 - 1939) – австрийского врача и психолога, основоположника психоанализа – стала легендой. Зигмунд Фрейд наиболее известен как основатель психоанализа, который оказал значительное влияние на психологию, медицину, социологию, антропологию, литературу и искусство XX века. Воззрения Фрейда на природу человека были новаторскими для его времени и на протяжении всей жизни исследователя не прекращали вызывать резонанс в научном сообществе. Интерес к теориям учёного не угасает и в наши дни. Среди достижений Фрейда наиболее важными

являются разработка трёхкомпонентной структурной модели психики (состоящая из «Оно», «Я» и «Сверх-Я»), выделение специфических фаз психосексуального развития личности, создание теории эдипова комплекса, обнаружение функционирующих в психике защитных механизмов, психологизация понятия «бессознательное», открытие трансфера и контр-трансфера, а также разработка таких терапевтических методик, как метод свободных ассоциаций и толкование сновидений. Несмотря на то, что влияние идей и личности Фрейда на психологию неоспоримо, многие исследователи считают его труды ин-

теллеktуальным шарлатанством. Практически каждый фундаментальный для фрейдовской теории постулат был подвергнут критике со стороны видных учёных и писателей, таких как Карл Ясперс, Эрих Фромм, Альберт Эллис, Карл Краус и многих других. Эмпирический базис теории Фрейда называли «неадекватным» Фредерик Крюс и Адольф Грюнбаум, «мошенничеством» психоанализ окрестил Питер Медавар, псевдонаучной теорию Фрейда считал Карл Поппер. За свою жизнь Фрейд написал и опубликовал огромное количество научных работ — полное собрание его сочинений составляет 24 тома. Он имел звания доктора медицины, профессора, почётного доктора права Университета Кларка и являлся иностранным членом Лондонского королевского общества, обладателем премии Гёте, являлся почётным членом Американской психоаналитической ассоциации, французского психоаналитического общества и британского психологического общества. Не только о психоанализе, но и о самом учёном выпущено множество биографических книг. Каждый год о Фрейде издаётся больше работ, чем о любом другом теоретике психологии. Зигмунд Фрейд родился 6 мая 1856 года в небольшом городе Фрайберг в Моравии. Улица, на которой родился Фрейд, — Шлоссергассе — сейчас носит его имя. Осенью 1873 года семнадцатилетний Зигмунд Фрейд поступил на медицинский факультет Венского университета. Зигмунд начал изучать анатомию и химию, но наибольшее удовольствие получал от лекций известного физиолога и психолога Эрнста Брюкке, который оказал на него значительное влияние. Рассмотрим сначала взгляды Фрейда на организацию психики, на так называемую “топографическую модель”. Согласно этой модели в психической жизни можно выделить три уровня: сознание, предсознательное и бессознательное. Уровень сознание состоит из ощущений и переживаний, которые мы осознаём в данный момент времени. По мнению Фрейда, сознание вмещает в себя только малый процент всей информации, хранящейся в мозге, и быстро опускается в область предсознательного и бессознательного по мере переключения человека на другие сигналы. Область предсознательного, область “доступной памяти”, включает в себя опыт, не востребованный в данный момент, но который может вернуться в сознание спонтанно или с минимумом усилий. Пред-

сознательное является мостом между осознанными и неосознанными областями психического. Самая глубокая и значимая область разума – бессознательное. Оно представляет собой хранилище примитивных инстинктивных побуждений плюс эмоции и воспоминания, которые в результате ряда причин были вытеснены из сознания. Область бессознательного во многом определяет наше повседневное функционирование. Выделенные Фрейдом психические уровни собственно бессознательного и предсознательного, объединяются автором в одну систему в тех случаях, когда анализируются взаимоотношения бессознательного и сознания в структуре психики человека. В начале 20-х годов теория личности Фрейда находит свое завершение в том виде, в каком она получила распространение и стала основой для более поздних исследователей психоанализа. Анатомия личности содержит три основные структуры: Я (эго), Оно (ид), СВЕРХ Я (супер эго). Это было названо структурной моделью личности, хотя сам Фрейд был склонен считать их некими процессами, нежели структурами. Под Оно (ид) понимается наиболее примитивная инстанция, которая охватывает все прирожденное, генетически первичное, подчиненное принципу удовольствия и ничего не знающее ни о реальности, ни об обществе. Особое значение придается СВЕРХ-Я, которое служит источником моральных и религиозных чувств, контролирующим и наказующим агентом.

Главная заслуга Фрейда, как я думаю, заключается в том, что он сумел разрушить некоторые глубоко укорененные традиции мышления в науках о человеке и по существу открыл новый континент проблем. Что касается его решений, то одни из них выдержали проверку временем, другие нет. Лучшая форма уважения к наследию этого великого человека - обсуждение поставленных им проблем, их критический анализ. Проблемы эти связаны с современным пониманием человека.

### Литература

1. Фрейд З. Введение в психоанализ., 2006.- 27 с.
2. Фрейд З. Я и Оно. Хрестоматия по истории психологии. , 2003.-38 с.
3. Кириленко Г.Г.Философия. Справочник студента. ,2005.-43с.
4. Ильичев Л.Ф.Философский энциклопедический словарь. , 2000.-67 с.

\*\*\*

**ВЗАИМОТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ**

**Сумец А.А.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Шуляк Е.В. - старший преподаватель

Известный писатель А. Экзюпери отмечал, что «какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание». Не секрет, что сейчас участились случаи судебных процессов, в том числе с финансовыми претензиями, где в качестве ответчика выступают медицинские работники. Статистика подтверждает, что в большинстве своем судебные иски вызваны конфликтными ситуациями во взаимоотношениях с пациентом. Жалобы, как правило, возникают не на качество медицинской помощи, а на бездушие, на формализм медиков. Это нельзя объяснить унизительной зарплатой медицинских работников: ведь такая ситуация складывается не только в нашей стране. В прошлом году Ассоциация американских медицинских колледжей провела среди пациентов опрос, выясняя, каким критериям они бы руководствовались, выбирая себе врача. На первом месте оказались коммуникабельность и умение разъяснить пациенту суть сложных медицинских процедур. То, что врач вышел из стен престижного учебного заведения, было на последнем месте. За тысячелетия существования медицины искусство общения врача и пациента по-прежнему сохраняет большую значимость, если не первостепенность. Следует отметить, что на сегодняшний день для малообразованных людей больше подходит интерпретационная модель взаимоотношений с врачом, для образованных людей, вникающих в суть проблем со своим здоровьем, – советательная модель. Патерналистская модель, распространённая ранее, предполагает нарушение прав пациента и в наши дни не применяется, за исключением ситуаций, представляющих непосредственную угрозу жизни больного, когда речь идет об экстренной операции, реанимационных мероприятиях. Однако доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного. В настоящее время находит место такая модель взаимоотношений врача и пациента, когда они сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения. Такое сотрудничество строится на поддержке, понимании, сочувствии, уважении друг к другу. Одно из важней-

ших условий для установления взаимопонимания между врачом и пациентом – ощущение поддержки. Если больной осознает, что врач намерен помочь, а не заставлять, то он, вероятно, активнее будет участвовать в лечебном процессе. Когда врач проявляет понимание, человек уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Уважение подразумевает признание ценности человека как личности. Особенно важно это на этапах сбора анамнеза, когда врач знакомится с обстоятельствами жизни пациента. Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – всё то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах. Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии. Состояние душевного комфорта пациента – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность. Клятва, которая лишь условно называется гиппократовой, уходит корнями в очень далекое прошлое. Позднее она была оформлена как документ и содержала несколько основных требований к врачу, в частности: сохранение врачебной тайны; запрещение действий, способных причинить моральный или физический ущерб больному или его родственникам; преданность профессии. Одним из наиболее важных в деятельности врача является запрещение действий, способных нанести вред больному, или принцип «не навреди» – *primum non nocere* («прежде всего – не навреди»). Любой врач, наверное, согласится с утверждением Е. Ламберта, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких, которым нельзя навредить». Ведь известно, что, порой, лечение может быть тяжелее болезни. Но хороший врач – это не только профессионализм, энциклопедические знания, взвешенные решения и совершенное владение техникой медицинских манипуляций, но и умение говорить с больным. К сожалению, навыками общения врачи овладевают «стихийно», это приходит с годами и приобретенным опытом. Специально в медицинских вузах этому



практически не обучают. Горько видеть, если врач пренебрегает беседой с пациентом, становясь слепым заложником лабораторно-инструментальной диагностики или безвольным исполнителем схем лечения и директив, спущенных сверху. Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желаний врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента. Врач должен владеть тонким психологическим чутьём, и здесь необходима постоянная работа сознания. Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. А для этого технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом. Пациент смотрит на ситуацию уже глазами клиента, а врач не смотрит на пациента как на клиента. Более того, для него часто пациент – это далеко не первый контрагент, для него помимо пациента в этой ситуации важны те приказы, которые он должен выполнять, те отчётные документы, которые он должен заполнять и та ответственность, которую он несет и которую, естественно, он хочет минимизировать. На сегодняшний день, посетив любой неофициальный форум, посвященный отзывам о врачах, нельзя отметить возросший негатив со стороны пациентов. Проанализировав это, я пришла к выводу, что большинство из них точно «знают» каким должен быть врач, что он должен знать, уметь, как говорить и т.д. Но только единицы из них понимают, что и на их плечах лежит не малая доля ответственности, что подразумевает предоставление лечащему врачу необходимой для медицинского вмешательства информации о состоянии своего здоровья и иных сведений, которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг; оплату платных медицинских услуг согласно установленному порядку; соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача. Неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей пациентом, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность лечащего врача за качество медицинской помощи. Несомненно, пациент обращается к врачу за помощью, за поддержкой, за сочувствием, и требует к себе соответствующего внимания. Но на сегодняшний день мало кто из пациентов может проявить сочувствие к такому же пациенту или, ещё хуже, человеку с более тяжёлым состоянием здоровья, не говоря о враче. В массах постепенно начинает пропадать взаимопонимание и взаимоотношение, остается только эгоцентризм. А в бесконечных очередях на приём ко врачу возникают крики, ругань, скандалы, порой даже драки. Во всех медицинских учебных заведениях, лечебных учреждениях регулярно проводятся учебные семинары на тему: «Этика и деонтология врача», так почему бы, хотя бы через СМИ, не разъяснить

пациентам как нужно вести себя в больнице, на приёме у врача. Врач является неким буфером между пациентом и административными нормами. Только коллеги могут понять, чем жертвуют врачи, средние медицинские работки, ради сохранения и спасения жизни людей. Это бесконечные задержки на работе, бессонные дежурства, даже дома они мысленно со своими пациентами, они «сгорают» на работе. Об этом мало кто догадывается, но об этом нужно говорить. Мною был проведен социологический опрос на базе Центральной детской поликлиники ОКБ г. Ханты-Мансийска. на вопросы ответили 50 человек пациентов (родителей) и 50 человек из числа медперсонала. Основной целью данного исследования было установить, в чём заключается такая напряженность в отношениях между пациентами и медицинским персоналом. Каждому пациенту предлагалось заполнить анонимную анкету, состоящую из нескольких вопросов. При оценке качества работы медперсонала 76 % респондентов оценили как удовлетворительное, 4 % – неудовлетворительным и 20 % затруднились ответить. При оценке профессиональных качеств медперсонала 28 % респондентов ответили, что их все устраивает, 60 % отметили недостатки, 4 % опрошенных ответили, что их вообще не устраивают эти качества, 8% затруднялись ответить. В вопросе о доверии своему врачу 62 % опрошенных ответили полным согласием, 16 % респондентов иногда сомневаются в профессионализме своего лечащего врача, 22 % опрошенных затруднялись ответить. Самый щепетильным был вопрос об отношении врача к своим пациентам: 52 % опрошенных считают, что доктора достаточно внимательны и доброжелательны, 24 % – называют его «терпимым», 24 % опрошенных считают, что отношение врача к ним лишено внимания и такта. Весомое большинство опрошенных пациентов отмечают проблему запись к участковому врачу и узким специалистам. На первый взгляд, не всё так печально. Большинство пациентов всем довольны. Но, параллельно опрашивая врачей, я отметила резкий резонанс. Так, 52 % работающего персонала детской поликлиники не удовлетворены условиями труда против 9 %, которых все устраивает; 33 % опрошенных всё устраивает, но может быть и лучше. При этом, только 40 % оценивают работу своих руководителей на «хорошо» и «отлично», против 60 % оценивающей её на «удовлетворительно». Лишь 45 % опрошенных устраивает уровень их заработной платы. Моральную удовлетворенность при виде улучшения состояния пациента испытывают лишь 24 % специалистов, 33 % – редко это испытывают; 43 % утверждают, что так было раньше, но не сейчас. Так почему же специалисты дают такие низкие оценки по качеству своей работы и удовлетворенностью ею? Выяснилось, что 46 % врачей не отрицают редкие случаи неполноценного оказания медицинской помощи, при этом, 27 % специалистов утверждают о частых проявлениях таких слу-

чаев, и лишь 27 % опрошенных уверены в себе и профессионализме своих коллег. В чем причина? Прежде всего, 85% респондентов просят сократить количество пациентов (нагрузку на специалистов); 9 % докторов считают, что необходимы регулярные разборки «полетов» на планёрках, и 9% считают, необходимо простимулировать пациентов к раннему обращению за помощью и выполнять назначения врача. Каждый врач уверен в том, что пациент приходит к нему за помощью, за редким исключением, пожаловаться или просто пообщаться. Но при просьбе охарактеризовать современного пациента, они видят в большинстве своих пациентов «неблагодарных всезнаек», «потребителей», а позицию многих из них сравнивают с «пупом земли». К сожалению, редко кто из опрошенных специалистов наблюдал в своих пациентах воспитанность, понимание и уважение. Как же так? Согласно опросу, врачи детской поликлиники ОКБ работают под девизом: «Светя другим, сгораю сам, стараясь не навредить». Несмотря на то, что престиж врача и среднего медперсонала с каждым годом поднимается, выпускники высших медицинских учебных заведений неохотно хотят работать в «первичном» звене ЛПУ. Нехватка кадров увеличивает нагрузку на врача не только физически, но и морально. С другой стороны, на сегодняшний день современный врач должен ори-

ентироваться во всех аспектах своей деятельности: медицинских, юридически-правовых, экономических, психологических и т.д. Если врач неправильно оформит тот или иной документ, его могут наказать. Это чрезмерная нагрузка, а также излишняя требовательность пациентов и приводит к тому, что врачи не оказывают должного внимания своим пациентам, ошибаются. На мой взгляд, до пациентов просто необходимо доносить такую информацию, а не только о повышении зарплат работников бюджетной сферы. Нацеливать их на то, чтобы они прислушивались к рекомендации своих докторов, проводили профилактические мероприятия. Поднять престиж врача в обществе просто необходимо. Поведение врача обычно является отражением отношения к нему общества и больных. Очень редко, когда в СМИ говорят о том, скольким людям помогли за сутки наши врачи. СМИ вспоминает о них лишь когда кто-нибудь из них совершил врачебную ошибку. Пожалуй, только в День медработника СМИ говорят о врачах как о «спасителях», а не об «убийцах в белых халатах». Однако будем помнить, что есть незыблемые постулаты, независимые ни от каких факторов. Врач обязан нести тем, кто к нему обращается, добро, а пациенту следует относиться к врачу доверительно и уважительно.

\*\*\*

### ГИППОКРАТ И ЕГО НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ

*Тверитина Е.С.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Шуляк Е.В. - старший преподаватель

Великий врач и учёный Гиппократ (около 460-377 гг. до н. э.) жил в эпоху расцвета древнегреческой культуры. За свой огромный вклад в развитие медицины он был наречен отцом медицины. Он был одним из тех, кто положил начало научному подходу к изучению многих заболеваний, систематизировал медицинские знания той эпохи и поднял искусство врачевания на большую высоту, которая до того была неведома древним грекам. Труды Гиппократа были основополагающими при решении многих вопросов медицины. Став после смерти родителей странствующим врачом (периодевром), он побывал во многих греческих городах, а также в Малой Азии. Гиппократ нередко спасал жизнь людей. С точки зрения Эпикура, он приносил удовольствие, под которым понималась свобода человека от телесных страданий и душевных тревог. С особым уважением к Гиппократу относились

врачи Эллады и Фессалии. Свой огромный опыт он обобщал в научных трудах, часть из которых сохранилась до наших дней. В широко известном сегодня «Гиппократовом сборнике» часть трудов принадлежит его ученикам. При анализе их содержания можно заметить взаимопротивоположные концепции ряда вошедших в него материалов. Но несмотря на это, сборник даёт представление о взглядах Гиппократа, об уровне теоретической и практической медицины его времени и его школы, созданной на острове, где он родился и трудился значительную часть своей жизни. Можно предполагать, что он хорошо знал не только труды своих предшественников из древней Эллады, но и древнеиндийских врачей. Косская медицинская школа стояла на позициях материализма, опираясь на философские взгляды Демокрита. Гиппократ и его ученики (гиппократики) поверхностному

подходу к больному на основе умозрительных заключений противопоставляли внимательное наблюдение за больными, тщательное обследование и изучение их с учетом ранее накопленного практического опыта. Гиппократ и его ученики понимали, что одна и та же болезнь у разных людей может протекать неодинаково, так как каждый организм имеет свои особенности. Исходя из этого, они руководствовались принципом, что нужно лечить не болезнь, а больного. А это означало, что в процессе лечения необходим индивидуальный подход. Диета, лекарства, их дозы, режим, продолжительность лечения – всё должно быть в каждом отдельном случае особым, специфичным, целесообразным для данного положения. Большое значение Гиппократ придавал гимнастике. Он писал: «Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь»... «Как суконщики чистят сукна, выбивая их от пыли, так гимнастика очищает организм». Он обращал внимание и на значение труда, считая, что «лица, подверженные ежедневно трудам, переносят их, хотя бы были слабы и стары, легче, нежели люди сильные и молодые, без привычки». Он критически относился к праздности и ничегонеделанию, что, по его мнению, влечет нездоровье, а устремление ума к чему-то связывал с бодростью, направленной к укреплению жизни. Он осуждал пьянство, считая, что оно является причиной слабости и болезненности. Став на материалистические позиции в лечении больных, Гиппократ явился основоположником клинической медицины. Но изучение больного в Косской школе выходило за рамки клинического мышления, так как непременным условием при этом считалось знакомство с «природой тела», под которой понимались знания в области анатомии и физиологии. Эти важные отрасли медицины тогда ещё не являлись самостоятельными, обособленными направлениями медицины. Их развитию мешали традиции, запрещавшие вскрытие трупов. Анатомия и физиология изучались на животных, что не давало возможности Гиппократу глубоко изучить анатомию человека. Тем не менее, уже Гиппократ знал о наличии желудочков в сердце, о крупных сосудах. Он понимал, что психическая деятельность человека связана с мозгом. В соответствии со взглядами древнегреческих философов о строении окружающего мира Гиппократ и его ученики утверждали, что тело человека состоит из твердых и жидких частей. Главную же роль в жизнедеятельности организма играют четыре жидкости. К ним Гиппократ относил кровь, слизь, желтую желчь и черную желчь. Этим жидкостям он придавал животворную силу, определяющую здоровье. Говоря об их значимости в жизни человека, Гиппократ так представлял свое суждение об этом: «...из них состоит природа тела, и через них оно и болеет, и бывает здоровым». Это были еще примитивные взгляды на

функцию организма, но в них уже отражались знания о физиологии человека. Организм человека Гиппократ представлял как постоянно изменяющееся состояние, зависящее от определенного соотношения выше упомянутых жидкостей. Если их соотношение изменялось и нарушалась пропорция гармоничного их сочетания, наступала болезнь. Если же они находились в организме в состоянии гармонии и соблюдали «соразмерность во взаимном смешении в отношении силы и количества», то это являлось признаком здоровья. Это были первые попытки теоретического осмысления болезни и здоровья, которые явились исходным моментом в изучении этих сложнейших медицинских проблем. Гиппократ установил зависимость типологических различий между людьми, или, иначе говоря, их темпераментов от гуморальных факторов, что нашло отражение в науке о распознавании природных задатков по физическим свойствам или физиогномике. Теория Гиппократа о зависимости телесного и психического склада отдельных людей и целых народов от климатических условий, а также учение о темпераментах имели к этому прямое отношение. Отец научной медицины смотрел на организм человека как на сложную систему органов, находящихся в определенном взаимоотношении, выполняющих определенные функции. По его мнению, сердце производит кровь, печень продуцирует желчь, мозг является источником слизи, а селезенка – чёрной желчи. Все эти жидкости выполняют определенную роль в организме, способствуют сохранению умеренной сухости или влажности, регулируют температуру тела, вызывают в теле жар или холод.

Живым началом каждого организма Гиппократ считал природенную теплоту, которая поддерживается особым тонким эфирным веществом – пневмой, постоянно циркулирующей в сосудах организма. Он даже пытался установить зависимость поведенческого характера человека от пропорционального содержания той или иной жидкости в организме. По его мнению, все люди делились на четыре типа по своей конституции и поведенческому характеру. Если в организме преобладало количество крови, то такой человек относился к сангвиникам. Избыток желтой желчи характерен для холериков, а слизи – для флегматиков. Большая концентрация черной желчи характерна для меланхоликов. Конечно, с точки зрения современного уровня развития медицинской науки данная концепция выглядит наивно и, на первый взгляд, не заслуживает внимания. Гиппократ, исходя из уровня своих медицинских знаний и уровня развития философии того времени, сделал важную попытку дать объяснение многообразию типов человеческого организма и их зависимости от внутренней среды. Его также интересовала и проблема старения организма. Он считал, что старики обладают меньшим количеством природенной теплоты, чем молодые. Одним из важных наблюдений Гиппократа было установление

зависимости состояния организма от внешних условий. В сочинении «О воздухе, водах и местностях» четко проводится мысль о том, что географические условия и климат влияют на организм и свойства характера человека. Он утверждал, что количественный состав различных жидкостей в организме зависит от атмосферных и климатических условий. Внешняя среда своими неблагоприятными условиями может быть причиной развития заболевания. В трактате «О священной болезни», под которой греки понимали эпилепсию, Гиппократ утверждал, что все болезни у человека появляются от естественных причин, он пришел к выводу о необходимости проведения в целях сохранения здоровья различного рода предупредительных мероприятий. А это, в свою очередь, позволило широко внедрять гигиенические мероприятия для предупреждения и лечения болезней, что явилось весомым вкладом в развитие медицины. Гиппократ считал, что исход лечения находится в прямой зависимости от природных сил организма. Роль же врача сводится к применению наиболее целесообразных в

конкретном случае лекарственных средств, созданию благоприятного режима. Гиппократом совместно с учениками были выполнены описания лечения многих заболеваний и, в том числе, хирургических. Его школе были известны основные принципы лечения переломов и вывихов. Изучение трудов Гиппократа свидетельствует о том, что Гиппократ был хорошо знаком с натурфилософией своих современников и предшественников. Гиппократу приписывается авторство так называемой Клятвы Гиппократа, в которой отражены черты профессиональной этики врача. Пока этот вопрос окончательно не выяснен, но независимо от этого принципы поведения врача, отраженные в Клятве, были сформулированы не без его влияния. Оценивая роль Гиппократа в истории медицины, следует отметить, что ему удалось преодолеть мистику, религиозность, антинаучное идеалистическое восприятие окружающего мира. Он открыл перед последующими поколениями врачей широкие возможности для подлинно научного подхода к изучению человека.

\*\*\*

#### ГИППОКРАТ-УЧЕНЫЙ И ФИЛОСОФ

**Хожаева З.Б.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Черкашин Г.В. – к.ф.н., доцент

**Цель.** Изучить интересную, сложную личность Гиппократа, как ученого и философа.

**Введение.** Данная тема для меня является интересной и актуальной. Каждый врач, начиная свой профессиональный путь, непременно вспоминает Гиппократа. Когда он получает диплом, то произносит клятву, освященную его именем. Кроме другого греческого врача - Галена, жившего несколько позже Гиппократа, никто другой не смог оказать такого влияния на становление европейской медицины. Гиппократ родился на острове Кос за 460 лет до нашей эры. Цивилизация и язык этого колонизованного дорийцами острова были ионийскими. Гиппократ принадлежал к роду Асклепиадов - корпорации врачей, притязавшей на то, что она ведет свое происхождение от Асклепия, великого врача гомеровских времен. У Асклепиадов медицинские знания передавались от отца к сыну, от учителя к ученику. Сыновья Гиппократа, его зять и многочисленные ученики были врачами.

Корпорация Асклепиадов, которую также именуют Косской школой, как и всякая культурная

корпорация того времени, сохраняла в V веке до нашей эры религиозные формы и обычаи. Так, например, у них была принята клятва, тесно связывавшая учеников с учителем, с братьями по профессии, при этом врачи, принадлежавшие роду Асклепиадов, клятву не давали. Однако этот религиозный характер корпорации, если он и требовал условных норм поведения, ни в чем не ограничивал поисков истины, которые оставались строго научными.

Первоначальное медицинское образование Гиппократ получил от отца - врача Гераклеида - и других врачей острова; затем с целью научного усовершенствования в молодости много путешествовал и изучил медицину в разных странах по практике местных врачей и по обетным таблицам, которые всюду вывешивались в стенах храмов Эскулапа. Гиппократ вел жизнь странствующего врача (периодевта) в Греции, Малой Азии, Ливии; посетил берега Черного моря, что позволило ему ознакомиться с медициной народов Передней Азии и Египта.

Во времена Гиппократа верили, что болезни насылаются злыми духами или с помощью колдовства.

Поэтому сам его подход к причинам болезней был новаторским. Он полагал, что болезни людям посылают не боги, они возникают по разным, причем вполне естественным, причинам.

Великая заслуга Гиппократов заключается в том, что он первый поставил медицину на научные основы, выведя ее из темного эмпиризма, и очистил от ложных философских теорий, зачастую противоречивших действительности, господствовавших над опытной, экспериментальной стороной дела. Смотря на медицину и философию как на две неразрывные науки, Гиппократ старался их и сочетать и разделить, определяя каждой свои границы. Во всех литературных произведениях ярко очерчивается гениальная наблюдательность Гиппократов и логичность умозаключений.

В **заключении** следует отметить, что Гиппократ внес неоценимый вклад в развитие и процветание современной медицины. Он был интересной, сложной личностью, величайшим человеком, бук-

вально перевернувшим ранее привычные представления об искусстве врачевания. Гиппократ – один из основоположников философского подхода к болезням человека, Он основатель учения о 4 темпераментах. Его по праву называют отцом медицины. Однако мой труд может быть дополнен и расширен, как и любая работа исторически-философского плана, поскольку, даже собрав все изложенные в книге материалы и данные, я понимаю, что нахожусь только в начале большого пути. Чем больше я проникаю, тем больше осознаю его многоликость, многогранность, безграничность.

### Литература

1. Брамбо Р. Философия Древней Греции. – М., 2002.- 347 с.
2. Гиппократ Клятва. Закон о враче. Наставления. / Пер. с греч. В.И.Руднева. – Минск, 1998.- 832 с.
3. Гиппократ Этика и общая медицина. / Пер. с греч. В.И.Руднева. – СПб., 2001.- 352 с.
4. Самин Д.К. 100 великих ученых. – М., 2000.- 347 с.

\*\*\*

## ДИАЛЕКТИКА В МЕДИЦИНЕ

**Холфиева А.Ю.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Шуляк Е.В. - старший преподаватель

Целью нашего исследования является интерпретация основных принципов и категорий диалектики в рамках понятийного аппарата такой базовой общемедицинской дисциплины как патология и показать их проявление и возможность практического применения в медицинской теории. Диалектический философский метод позволяет сформировать представление о развитии материи, духа, сознания, познания и других аспектов действительности и теоретически отразить их через законы диалектики, ее категории и принципы. Основными принципами диалектики являются принцип всеобщей связи; системности, развития, причинности, историзма, объективности, и другие. Всеобщая связь означает целостность окружающего мира, его внутреннее единство, взаимосвязанность, взаимозависимость всех его компонентов – предметов, явлений, процессов. Системность означает, что многочисленные связи в окружающем мире существуют не хаотично, а упорядоченно. Данные связи образуют целостную систему, в которой они располагаются в иерархическом порядке. Благодаря этому окружающий мир имеет внутреннюю целесообразность. Причинность – на-

личие таких связей, где одна порождает другую. Предметы, явления, процессы окружающего мира чем-то обусловлены, то есть имеют либо внешнюю, либо внутреннюю причину. Причина в свою очередь, порождает следствие, а связи в целом именуется причинно-следственными. Историзм подразумевает два аспекта окружающего мира: вечность неуничтожимости истории, мира; его существование и развитие во времени, которое длится всегда. Принцип причинности ярко проявляется на примере этиологии, а принципы системности и развития – на примере патогенеза различных заболеваний. Категория диалектики – наиболее общие понятия, которыми оперирует философия для раскрытия сути диалектических проблем. К основным категориям диалектики относятся: форма и содержание; причина и следствие; единичное, особенное, всеобщее; возможность и действительность; необходимость и случайность; сущность и явление. Все эти парные категории сопровождают научный поиск врача при выставлении диагноза, когда необходимо дифференцировать различные нозологические единицы, которые могут иметь одинаковые проявления (форма, явление), но

совершенно разные этиологию и патогенез (содержание, сущность). Таким образом, отдельные аспекты философии тесно связаны с проблемами медицины, а включение современных теорий патологии в структуру общенаучного философского знания в настоящее время представляется актуальной задачей для исследований.

### Литература

1. Желтова Н.А., Патологическая физиология: учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005 г. – 216 с.
2. Шевченко Ю.Л. Философия медицины. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004 г. – 480 с.
3. Спиркин А.Г. Философия. М.: Гардарики, 2004 г. – 736 с.

\*\*\*

### ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

*Шелестюк В.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра социально-экономических и гуманитарных дисциплин*

Научный руководитель:

Шуляк Е.В. - старший преподаватель

Под лозунгом: «В здоровом теле – здоровый дух» выросло не одно поколение людей. Это говорит о том, что здоровье тела и духа взаимосвязаны. Известный английский нейрофизиолог Чарльз Шеррингтон, лауреат Нобелевской премии, установил закономерность: «Первым возникает эмоциональное переживание, следом происходят вегетативные и соматические изменения в организме. То есть, эмоции человека формируют образ его мыслей, от которых зависит физическое состояние и здоровье. Человечеству давно известно, что эмоции имеют прямое воздействие на здоровье, о чем свидетельствуют поговорки: «Все болезни от нервов», «Здоровье не купишь – его разум дарит», «Радость молодит, горе старит», «Ржа ест железо, а печаль – сердце». Действительно ли душевное состояние может влиять на физическое? Какую роль играют в поддержании здоровья эмоции? Что есть эмоции? Какова их сила? Эмоции, как положительные так и отрицательные, являясь завоеванием эволюции, совершенно необходимы для адаптивного поведения, для приспособления к окружающему, оптимизируют все системы организма к специфике условий. Проследим, как влияют эмоции в на физическое состояние человека. Прежде всего, определимся с тем, что такое эмоции. Эмоция – эмоциональный процесс средней продолжительности, отражающий субъективное оценочное отношение к существующим или возможным ситуациям. Это понятие появилось в конце XIX века и связано с именами У. Джемса и Г. Ланге. По их мнению, эмоции вызываются внешними воздействиями, изменениями в произвольной двигательной сфере и в сфере непроизвольных актов – сердечной. Эмоции проявляются как внешнее поведение и как перестройка внутренней среды организма, имеющая своей целью адаптацию организма к среде обитания.

Например эмоция страха подготавливает организм к «поведению избегания»: активизируется ориентировочный рефлекс, активирующая система мозга, усиливается работа органов чувств, в кровь выделяется адреналин, усиливается работа сердечной мышцы, дыхательной системы, напрягаются мышцы, замедляется работа органов пищеварения, и тому подобное. То, что множество физиологических изменений, связанных с эмоциями, проявляются в активации вегетативной нервной системы, имеет важное прикладное значение: в клинической и научно-исследовательской практике широко используются такие её параметры, как артериальное давление, пульс, дыхание, реакция зрачков, состояние кожных покровов (в том числе, элевация волос кожи), активность желез внешней секреции, уровень глюкозы в крови. Ещё Чарльз Дарвин, характеризуя эмоции в эволюционном плане, обратил внимание на их связь с инстинктивными формами поведения. Как он показал, мимические реакции свойственны даже детям, слепым от рождения. Такие базовые проявления эмоций носят врожденный характер и свойственны не только человеку, но и высшим животным – приматам, собакам и другим. В человеке генетически заложены две основные поведенческие программы: защитная и созидательная. Каждому врачу следует помнить, что начинать лечение следует с гармонизации душевного с стояния, при этом специалисты альтернативной (или натуральной, биологической медицины) считают, что начинать лечение нужно с гармонизации душевного состояния человека. Самое главное – помочь организму восстановить процессы саморегуляции. И тогда он сам справится с заболеваниями и вернётся к своему естественному здоровому состоянию. Изменяя негативное эмоциональное состояние на позитивное, радостное отношение

к жизни, мы помогаем организму исцеляться. В лечении психосоматических заболеваний вначале важно уловить основную негативную эмоцию. Затем главной задачей становится её трансформация – нужно сменить негатив на позитив: страх – на смелость, неприятие – на благожелательное отношение и т. д. Когда человек обретает внутреннюю гармонию, тогда он и мир вокруг начинает воспринимать гармонично. Если вовремя влиять на эмоции, то можно долго поддерживать свой организм в здоровом состоянии. Изменить своё эмоциональное состояние можно, просто переключив внимание на то, что вызывает у нас положительные эмоции. В окружающем нас мире существует довольно много вещей, которые способны улучшить наше настроение. Солнечный свет, восходы и закаты, море и шум прибоя, красота природы, цветы, приятные природные запахи и ароматы, пение птиц... А иногда достаточно просто улыбнуться. Согласно результатам исследований, которые были проведены по поводу влияния эмоций на здоровье человека, медики пришли к выводу, что у пациентов, настроенных позитивно, шансов быстрее выздороветь больше, чем у тех, кто страдает депрессией. Кроме того, было сделано интересное открытие – оказалось, что состояние влюбленности, если, конечно, партнер на него отвечает взаимностью, способно укреплять иммунную систему. Поэтому тем, у кого гармоничные, счастливые отношения, простудные и вирусные заболевания не страшны. Не нужно стесняться плакать, ведь слезы прекрасно помогают избавиться от стресса, всего накопившегося негатива. Однако увлекаться этим тоже не стоит, иначе можно лишь усугубить состояние, поскольку во всем должна быть мера. Почаще улыбайтесь и смейтесь – это принесет радость окружающим и продлит вам жизнь. Стремление быть счастливым и позитивный настрой дают организму бонус в виде здоровья, долголетия и крепкого иммунитета. Ни в коем случае нельзя недооценивать влияние положительных эмоций на здоровье. В современном обществе происходит накопление и подпитка защитных состояний, гипертрофированное стремление защититься и утвердиться нарушает природу человека и правильное протекание первоочередных жизненных процессов. Тибетские врачи утверждают, что защитные эмоции (жадность, гнев, страх, неприязнь и др.) – источник любых, даже инфекционных, заболеваний. Роль СМИ в накоплении человеком отрицательных эмоций колоссальна! С экранов телевизоров на нас обрушивается волна насилия, жестокости, информация о катастрофах, о скором конце света и т.д. и т.п. Помимо информации, мы на подсознательном уровне сопереживаем диктору, журналисту, артисту или певцу, настраиваемся на его «волну», впитываем его настрой и мироощущения. Таким образом, СМИ возбуждают в человеке сильные эмоции, что не может не сказаться на здоровье каждого из нас и общества в

целом. Наукой доказано, что сильные эмоции утомляют организм и вводят его в стрессовое состояние: если воздействовать на центры гипоталамуса, ответственные за отрицательные эмоции, ежедневно в течение одного часа, то это приводит к резким нарушениям работы сердца и другим серьезным физиологическим нарушениям. То же самое происходит при воздействии на центры, ответственные за положительные реакции, правда в меньшей степени. Известный учёный Давыдовский И.В. считал, что индивидуальная мера здоровья человека во многом зависит от эмоционального и физического равновесия. Сердце является чутким барометром этого равновесия. Слова Генриха Гейне, «Трещина мира проходит через сердце поэта», яркое отражение нашей действительности. Еще в прошлом столетии поражение сердечных сосудов рассматривалось, как медицинский курьез. В наши дни в высокоразвитых странах болезни сердца являются причиной смерти более чем в половине случаев. Причём наблюдается омоложение этой болезни. Как показала медицинская статистика, группу риска составляют люди, живущие с обостренным чувством нехватки времени, испытывающие постоянное психическое напряжение, экспансивные, зацикленные. У этой категории инфаркты миокарда и стенокардия встречаются чаще в 3-7 раз (зависит от возраста), чем у людей, ведущих более спокойную и размеренную жизнь. Отрицательные эмоции могут спровоцировать возникновение злокачественных опухолей: наблюдения ученых и медиков показали, что зачастую больной раком, перед тем как заболеть, переносит сильное психическое потрясение. Раком может заболеть любой, но процесс активного деления злокачественных клеток возникает у тех, кто долгое время неосознанно накапливал защитные эмоции. Английские ученые К. Бенсон и Пирс доказали, что рак относится к психосоматическим заболеваниям (Психосоматическое заболевание – болезненное состояние, появляющееся вследствие взаимодействия физиологических и психических факторов. Представляет собой расстройство психики, проявляющееся на физиологическом уровне, или расстройство физиологическое, проявляющееся на уровне психическом, или физиологическую патологию, развивающуюся под воздействием психогенных факторов). А говоря проще: причиной болезни тела, является душа. И наоборот. Подтверждением этому служат многочисленные примеры самоизлечения от рака без химиотерапии, а при помощи резкого сдвига в положительную сторону эмоционального фона: оптимистический настрой, коренные изменения в образе жизни и мыслей, новые яркие любовные переживания и т.д. Как видно, эмоции играют важнейшую роль для нашего здоровья. Действительно, иногда болезни возникают на почве страхов, депрессии, злобы, отчаяния. Болезни дыхательных путей часто могут иметь психо-

логические причины, однако в любом случае диагноз должен поставить врач. В конце концов, кроме страхов существуют еще и микробы. В данной работе хотелось бы подчеркнуть значимость эмоций. Действительно, эмоции влияют на общее состояние организма. Поэтому, стоит контролировать как положительные, так и отрицательные эмоции. Другими словами – духовный баланс, есть основа для поддержания физического здоровья. Сознательному, культурному человеку необходимо уметь владеть своими эмоциями и чувствами хотя бы ради двух целей: чтобы не болеть; чтобы принимать правильные решения. Этому следует обучать своих детей, которые не меньше взрослых, а часто даже в большей степени, страдают от неумения отличить позитивные эмоции

от негативных, от неспособности грамотно выразить свои эмоции. Однако, несмотря на эмоциональный контроль, не нужно ставить на последнее место медицинские взгляды на болезни и пренебрегать медицинским вмешательством.

### Литература

1. Аболин Л. М. О факторах устойчивости к стрессу // Психический стресс в спорте: Материалы Всесоюзного симпозиума. - Пермь, 1973. - С. 67-69.
2. Аболин Л. М. Соотношение психологических и психофизиологических коррелятов эмоциональной устойчивости спортсменов // Вопросы психологии. - 1974. - №1.-С. 106-115.
3. Василюк Ф. Е Психология переживания. - М: Изд-во МГУ, 1984.- 325 с.



# Секция

## «Совета молодых ученых и специалистов»



\*\*\*

### ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (описание клинического случая)

*Азисова А.М., Строкова О.А., Глухова И.В.*

*г. Саранск, Россия*

*ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научный руководитель:

Строкова О.А. - к.м.н., старший преподаватель

Сердечно-сосудистые заболевания (прежде всего инфаркт миокарда и мозговой инсульт) являются основной причиной преждевременной смертности. Инфаркт миокарда (ИМ) у больных СД развивается в 3-6 раз чаще, чем у лиц без нарушения углеводного обмена, а течение ИМ зачастую носит атипичный характер, без болевых ощущений и ярких проявлений на ЭКГ.

Приводим пример из практики. Пациент С., 1959 г. рождения, женатый, с высшим техническим образованием. 26.02.11г. с жалобами на дискомфорт в левой половине грудной клетки без четкой связи с физическими нагрузками, слабость, головокружение обратился в приемное отделение больницы скорой медицинской помощи г. Саранска. На момент осмотра отмечал общую слабость. Болен 3-й день. На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. В анамнезе - гипертоническая болезнь с макс САД 160 мм рт.ст., сахарный диабет около 8 лет (принимает глибомед по 2 таб 2 раза в день). Из отягощающих факторов: гиподинамия, ожирение, высококалорийное питание. На момент осмотра общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Питание повышенное, ожирение II ст. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отеков нет. Следы расчесов на левой голени. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС - 65 ударов в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления не нарушены. С диагнозом «ишемическая болезнь сердца: впервые возникшая стенокардия» больной был госпитализирован в кардиологическое отделение.

Было проведено клинико-лабораторное обследование. По результатам общего анализа крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови - гипергликемия (10,2 ммоль/л) с нормализацией на 11-й день госпитализации, повышение АлТ до 109

Ед/л, АсТ до 134 Ед/л (N до 45 Ед/л), креатинфосфокиназа МВ 31 Ед/л, ЛДГ 270 Ед/л, тропонин I 0,52 нг/мл. Липидный спектр - холестерин 5,0 ммоль/л, триглицериды 7,71 ммоль/л, ЛПВП 0,33 ммоль/л, ЛПНП 1,17 ммоль/л, В-ЛП 814 мг%. По данным эхокардиоскопии в динамике на 6 день появилась гиперкинезия переднеперегородочной области. Глобальная сократимость сохранена (УО - 113 мл; ФВ- 64 %). Цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий - начальные проявления атеросклероза. Начиная с 6-го дня госпитализации и в последующем на ЭКГ в отведении Dorsalis зафиксировался патологический зубец Q, свидетельствующий о некрозе в области задней стенки левого желудочка. В общем анализе крови на 7 день - повышение СОЭ до 32 мм/ч.

Учитывая результаты проведенных исследований в динамике (определение тропонина в крови; гиперкинезию переднеперегородочной области, ЭКГ признаки некроза в области задней стенки левого желудочка) диагноз «ишемическая болезнь сердца: впервые возникшая стенокардия» был переобоснован в диагноз «ишемическая болезнь сердца: задний базальный с з. Q инфаркт миокарда от 26.02.11г». На фоне стандартной терапии (нефракционированный гепарин, бета-блокаторы, статины, нитраты и ингибиторы АПФ) субъективно жалоб больной не предъявлял. С первых дней пациент получал аспирин и клопидогрель. Для дальнейшей реабилитации был направлен на санаторно-курортное лечение с последующей рекомендацией провести коронароангиографию.

Данный клинический случай показал не типичную картину инфаркта миокарда с зубцом Q у больного сахарным диабетом 2 типа, что необходимо учитывать при планировании методов диагностики и назначении адекватного лечения.

\*\*\*

ПАЗАРИТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА

Аракельян А.С., Аракельян Р.С., Заплетина Н.А., Филиппова В.М., Стулов А.С.

г. Астрахань, Россия

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Кафедра инфекционных болезней

Дирофиляриоз – заболевание, вызываемое паразитированием нематоды *Dirofilaria repens* в под-кожной клетчатке различных частей тела, слизистых и конъюнктиве органа зрения, в половых органах, молочных железах, внутренних оболочках тканей и органов брюшной полости человека [3].

Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г. В настоящее время в регионе зарегистрировано 76 случаев дирофиляриоза человека, из них 24 случая (82,9%) приходится на поражения органов зрения [1].

Дирофиляриоз человека зарегистрирован в 53 субъектах РФ, из них 29 – в Европейской части России. Южный Федеральный округ охватывает 6 субъектов РФ, из них в четырех (Краснодарский край, Астраханская, Волгоградская и Ростовская области) зарегистрирован дирофиляриоз человека. Всего на территории РФ 337 случаев (59,8% случаев от общего числа всех зарегистрированных случаев на территории России).

Юг России – благоприятная зона для распространения трансмиссивных инфекций и инвазий, в том числе и филяриатозов. Отсутствие мероприятий по их профилактике, рост численности бродячих животных обуславливает риск увеличения числа инвазированных людей и домашних животных.

Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г. В настоящее время в регионе зарегистрировано 76 случаев дирофиляриоза человека, из них 29 случаев (38,2%) приходится на поражения органов зрения [2].

Первый случай глазного дирофиляриоза зарегистрирован в июне 1984 г. у девочки 13 лет, проживавшей в Икрянинском районе Астраханской области. Первый городской случай глазного дирофиляриоза также зарегистрирован в июне 1984 г. у 50-летней женщины. Всего за анализируемый период в г. Астрахани зарегистрировано 24 случая (82,9%) глазного дирофиляриоза. Единичные случаи глазного дирофиляриоза зарегистрированы в Приволжском районе – 2 сл. (6,9%), Наримановском и Икрянинском районах и г. Знаменске – по 1 сл. (3,4%).

Возраст больных колебался от 13 до 61 лет. Максимальное число случаев заболевания зарегист-

рировано у лиц в возрасте от 30 до 39 лет – 27,8% (8 чл.). По остальным возрастам гельминтоз регистрировался у лиц от 1 до 14 лет – 6,9% (2 чл.), от 15 до 19 лет – 3,4% (1 чл.), от 20 до 29 лет – 20,6% (6 чл.), от 40 до 49 лет – 17,1% (5 чл.) и старше 50 лет – у 24,2% (7 чл.).

Гельминт локализовался в области век – 16 сл. (55,2%), в области орбиты – 13 сл. (44,8%). В половом соотношении: мужчины – 2 сл. (6,9%), женщины – 27 сл. (93,1%) [1].

Как правило, в большинстве случаев (72,4%), больные за помощью обращались к врачам различных специальностей, где выставлялись неправильные диагнозы: атерома – 8 сл. (27,8%), новообразование и липома – по 3 сл. (по 10,3%), аллергический отек и инородное тело – по 2 сл. (6,9%), токсидермия, саркома, фиброматоз – по 1 сл. (3,4%). В 1 случае (3,4%) больной за помощью не обращался – паразит выделился самостоятельно. И только в 7 сл. (24,2%) специалистами был выставлен правильный диагноз «Дирофиляриоз».

Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемию и отечность пораженного участка. Часть больных – 34,5% (10 чл.) отмечали чувство шевеления и подкожного переползания гельминта в пораженном участке. В 28 случаях (96,6%) гельминт был удален хирургическим путем в различных хирургических клиниках и поликлиниках г. Астрахани и Астраханской области и идентифицирован сотрудниками паразитологической службы г. Астрахани, как нематода *Dirofilaria repens* (самка).

Размеры извлеченных гельминтов колебались от 50 до 170 мм (93,1%), в т.ч. менее 100 мм – 37,9% (11 сл.) и более 100 мм – 55,2% (16 сл.). В 2-х случаях (6,9%) в паразитологическую службу доставлялись фрагменты гельминта, идентифицированные также как амка нематоды *Dirofilaria repens*.

Таким образом, увеличение числа социально неблагоприятных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза. Актуальность темы заключается в

том, что в больные или лица, имеющие отдельные специфические проявления дирофиляриоза, обращаются за медицинской помощью к самым разным специалистам: терапевтам, офтальмологам, стоматологам, отоларингологам, хирургам, дерматовенерологам. Обращает на себя внимание факт, что при первичном обращении больных к врачам разных специальностей гельминтоз не выявлен своевременно ни в одном случае, так как указанные специалисты оказываются недостаточно информированными в отношении дирофиляриоза, поэтому выставляют клинический диагноз, не связанный с паразитарной этиологией (атерома, флегмона, фиброма, фурункул, киста, опухоль и т.д.), что в дальнейшем приводит к трудностям в лечении. Сложность раннего выявления связана с трудностью дифференциальной диагностики и низкой осведомленностью врачей об этой разновидности гельминтоза [1].

Увеличение числа социально неблагополуч-

ных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза; в большинстве случаев при обращении к врачам различного профиля, выставлялись неправильные диагнозы.

### Литература

1. Аракелян Р.С. Эпидемиолого-эпизоотологические особенности дирофиляриоза на территории Астраханской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Аракелян Р.С. – Москва, 2008. – 28 с.
2. Аракелян Р.С., Ковтунов А.И., Быков В.П., Джаркенов А.Ф., Шендо Г.Л., Буслев К.В. Эпидемиологические особенности дирофиляриоза на территории Астраханской области //Материалы юбилейной научной конференции с международным участием, посвященной 175-летию со дня рождения С.П. Боткина, Санкт-Петербург, 2007 г., С. 210.
3. Архипов И.А., Архипова Д.Р. Дирофиляриоз, М., 2004., 194 стр.

\*\*\*

### ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

**Барбашинов Н.А., Мкртчян Э.С.**

*Кафедра госпитальной хирургии*

Научный руководитель:  
Бубович Е.В. - к.м.н., доцент

Одной из наиболее частых (40%) осложнений при оперативном лечении больших и гигантских вентральных грыж является интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) [1]. В основе патогенеза развития ИАГ и абдоминального компартмент синдрома (АКС) лежит несоответствие вместимости брюшной полости ее содержимому после герниопластики. При вправлении содержимого грыжевого мешка в брюшную полость возрастает внутрибрюшное давление, которое оказывает непосредственное механическое воздействие не только на органы брюшной полости, но и через диафрагму на дыхательную и сердечную системы, что может приводить к развитию абдоминального компартмент синдрома с явлениями СПОН [2,3].

Знание патогенетических механизмов формирования интраабдоминальной гипертензии позволит на основании измерения уровня внутрибрюшного давления (ВБД) определить тактику оперативного лечения и избежать такого грозного осложнения как абдоминальный компартмент синдром.

**Цель исследования:** оценить возможность выбора способа герниопластики у больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами на основании уровня внутрибрюшного давления в интраоперационном периоде

**Материалы и методы:** Клинический материал включал анализ обследования и лечения 32 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Возраст больных варьировал от 43 и до 82 лет, и в среднем составил  $56,7 \pm 2,3$  лет. Из числа обследуемых мужчины составили -5(16%), женщины - 27(84%).

Соматический анамнез был отягощен у 57%. В основном это были заболевания сердечно-сосудистой системы - 40% (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), сахарный диабет - 6% и ожирение II- III степени - 11%.

По размеру грыжевых ворот больные с послеоперационными грыжами распределились следующим образом: ширина грыжевых ворот 10-15 см - W3- у 21 (66%) пациента, ширина грыжевых ворот более 15см – W4 – у 11 (34%) пациентов.

У 5 (15,6%) пациентов грыжи имели рецидивирующий характер, у 2 (6,2%) пациентов произошло ущемление грыжевого выпячивания.

Обследование включало клиническую и лабораторную оценку состояния больного и инструментальные методы исследования: УЗИ, РКТ по стандартным методикам.

Измерение ВБД осуществлялось непрямым методом с размещением «открытого» катетера в мочевого пузыре по методике Kron и соавт. (Гельфанд Б.Р. с соавт., 2008; Harman P.K. et al., 1982; Kron I.L. et al., 1984). Измерение ВБД проводили в предоперационном периоде, в момент пробного сведения краев грыжевых ворот во время операции, а также осуществляли мониторинг показателя в послеоперационном периоде [2].

Степень тяжести ИАГ определяли соответственно классификации разработанной Всемирным обществом по изучению абдоминального компартмент синдрома (WSACS): 1-я степень 12–15 мм рт. ст. 2-я степень 16–20 мм рт. ст. 3-я степень 21–25 мм рт. ст. 4-я степень свыше 25 мм рт. ст. За норму принимали показатель ВБД не более 12 мм рт.ст [4].

Уровень внутрибрюшного давления в интраоперационном периоде являлся критерием выбора оптимального способа операции.

**Результаты и обсуждения:** У 21 пациента с грыжами W3 в предоперационном периоде уровень внутрибрюшного давления в среднем составил  $9,1 \pm 0,5$  мм рт. ст., что соответствовало нормальным показателям. Однако у 2 (9,5%) пациентов отмечено повышение внутрибрюшного давления до 1 ст. ИАГ.

После выполнения этапа грыжесечения, при пробном сведении краев грыжевых ворот у 17 (80,1%) пациентов с грыжами W3 не отмечено возрастание ВБД и составило  $9,8 \pm 0,3$  мм рт. ст. В связи с этим методом выбора оперативного вмешательства у 2 (9,5%) пациентов явилась мышечно-апоневротическая пластика по Сапежко и у 15 (71,4%) пациентов - ненатяжная комбинированная герниопластика с использованием сетчатого имплантата, который располагался on lay, и не уменьшал исходного объема брюшной полости и не приводил к увеличению внутрибрюшного давления.

У 4 (19%) пациентов уровень ВБД при сведении краев грыжевых ворот возрастал до 2 ст и составил  $17 \pm 1,2$  мм рт. ст. Так как при развитии 2 ст. ИАГ начинают формироваться нарушения микроциркуляторного кровообращения органов брюшной полости, что в дальнейшем может привести к развитию

ишемически-реперфузионного синдрома. В связи с этим метод пластики был изменен на ненатяжную герниопластику с реконструкцией брюшной полости (операция **Ramiraz**).

Адекватность выбора способа герниопластики подтверждалась контрольным измерением внутрибрюшного давления по завершению операции, которое составило в среднем у всех пациентов  $9,2 \pm 0,3$  мм рт. ст.

У 11 пациентов с грыжами W4 в предоперационном периоде отмечен достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокий исходный уровень внутрибрюшного давления –  $12,2 \pm 0,6$  мм рт. ст., чем у пациентов с грыжами W3, что соответствовало 1 ст. ИАГ. При этом у этих пациентов каких-либо клинических проявлений органических дисфункций не отмечено.

При пробном сопоставлении мышечно-апоневротических краев операционной раны у всех пациентов отмечалось нарастание внутрибрюшного давления: у 4 (36,3 %) пациентов до  $13,5 \pm 0,6$  мм рт.ст. (1 ст. ИАГ), у 4 (36,3%) – до  $17,2 \pm 0,3$  мм рт. ст. (2 ст. ИАГ), у 2 (18,1%) – до  $22,7 \pm 0,7$  мм рт. ст. (3 ст. ИАГ) и у 1 (9%)  $25,7$  мм рт. ст. (4 ст. ИАГ).

Методом выбора способа пластики у 4 (36,6%) пациентов с 1 стадией ИАГ явилась комбинированная ненатяжная герниопластика с использованием сетчатого имплантата, который располагался On Lay. У 7 (63,6%) больных с ИАГ 2-4 стадии был изменен способ пластики и отдано предпочтение ненатяжной герниопластики с анатомической реконструкцией брюшной стенки (**операция Ramiraz**), при этом не отмечено значимого роста внутрибрюшного давления относительно исходного. Целью выбора метода оперативного лечения на основании динамики уровня внутрибрюшного давления после пробного сведения краев грыжевых ворот была профилактика нарастания ИАГ и развития компартмент синдрома в раннем послеоперационном периоде. Так как прогрессирование ИАГ способствует развитию стойкой ренальной, гастроинтестинальной, кардиоваскулярной и респираторной дисфункции приводящей к развитию СПОН.

Адекватность выбора способа герниопластики у этих пациентов была подтверждена контрольным измерением внутрибрюшного давления по завершению операции, которое составило в среднем у этих пациентов  $12,7 \pm 0,3$  мм рт. ст. и не превышало уровень исходного давления более чем на 2 мм рт.ст.

**Заключение.** Таким образом, у больных с гигантскими (W4) послеоперационными вентральными грыжами имеет место исходное повышение внутрибрюшного давления, но не имеющее клинического проявления, то есть эти пациенты адаптированы к более высокому уровню внутрибрюшного давления.

При хирургической коррекции больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж важным критерием оптимальности выбранного способа пластики брюшной стенки является динамика уровня внутрибрюшного давления: применяемый способ пластики при ИАГ не должен приводить к повышению внутрибрюшного давления, либо ВБД не должно превышать исходный уровень более чем на 2 мм рт.ст.

### Литература

1. Богдан В.Г. Повышение эффективности корригирующих методик в хирургическом лечении больных послеоперационными грыжами живота обширных и гигантских размеров [Электронный ресурс] / В.Г. Богдан, Ю.М. Гаин, Н.Н. Дорох – режим доступа: [http://www.bsmu.by/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1326&Itemid=52](http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&task=view&id=1326&Itemid=52)
2. Тимербулатов, Ш.В. Синдром внутриполостной и внутриорганной гипертензии. Патофизиологические и клинические аспекты / Тимербулатов, Ш.В. // Креативная хирургия и онкология. - 2010. - №2. С. 32-37.
3. Abdominal Compartment Syndrome: pathophysiology and definition/ Michael L Cheatham// Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2009;17:10.1186/1757-7241-17-10/
4. Intra-abdominal hypertension (IAH) assessment algorithm Adapted from *Intensive Care Medicine* 2006; 32(11):1722-1732 & 2007;33(6):951-962 © 2007 World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. All rights reserved.

\*\*\*

### МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Березняков В.И., Дорошенко О.В., Лебединская М.Н., Пожар В.Й.*

*г. Харьков, Украина*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Роль отдельных биомаркеров в воспалительном ответе при внебольничной пневмонии (ВП) остается предметом дискуссий. Заболевания ВП сопровождается быстрым повышением концентрации провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, С-реактивного белка (СРБ).

При хронической сердечной недостаточности (ХСН) цитокины также вовлечены в развитие и прогрессирование заболевания.

**Цель исследования.** Изучение динамики провоспалительных (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$ ), противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов и маркеров воспаления (СРБ) у больных внебольничной пневмонией (ВП) в сочетании с ХСН или без нее, и их влияние на течение ВП.

**Материалы и методы.** Обследовано 146 пациентов в возрасте от 42 до 73 лет. Больные разделены на 3 группы сравнения в зависимости от наличия или отсутствия ХСН и ВП: пациенты с ВП и сопутствующей ХСН - основная группа (1 группа), больные ВП без сопутствующих заболеваний и модифицирующих факторов - 2-я группа, больные ХСН без ВП - 3-я группа. Уровни биомаркеров у больных определялись в начале госпитализации в терапевтическое отделение и через 48-72 час. от начала антибактериальной терапии (АБТ) с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Статистическую обработку проводили с помощью пакета Statistica 6,0.

**Результаты и обсуждение.** В нашем исследовании ни один из изученных показателей в начале заболевания в основной группе (больные с ВП и ХСН) не отличался от таковых у пациентов с ВП без ХСН. В этот же срок при измерении концентрации СРБ имела место статистически значимая разница (в пользу больных основной группы по сравнению с пациентами с ХСН). Содержание ИЛ-10 у больных с ХСН по сравнению с пациентами 1-группы не достигло статистической значимости, хотя было на грани достоверности.

**Выводы.** Особенностью течения ВП у пациентов с ХСН является повышение содержания СРБ в сыворотке крови в начале заболевания по сравнению с больными с ХСН без ВП, которое сохраняется и через 48-72 час. от начала лечения. Через 48-72 ч. от начала АБТ содержание СРБ у пациентов с ВП и ХСН превышает также концентрацию СРБ у больных ВП без ХСН. Для лиц с ВП, ХСН и с сочетанной патологией характерно повышение содержания

ИЛ-10 и отсутствие изменений концентрации ИЛ-1 $\beta$  через 48-72 час. от начала лечения в стационаре. В основной группе также отмечается снижение содержания ИЛ-8 и СРБ через 48-72 час. от начала лечения. Разница в концентрации биомаркеров связана с более медленной эволюцией ВП у больных ХСН.

\*\*\*

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ  
И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Березняков В.И., Дорошенко О.В., Лебединская М.Н., Матлахов А.Н.**

*г. Харьков, Украина*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В течение последнего десятилетия растет интерес к изучению качества жизни (КЖ) как нового интегрального показателя, который описывает наиболее важные функции человека и позволяет дать глубокий многоплановый анализ изменения этих функций при развитии болезни и их восстановление на фоне лечения.

**Цель.** Изучить влияние внебольничной пневмонии (ВП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) на физическое, психическое состояние пациента и на его самочувствие с помощью опросников «Шкалы оценки ВП» (ШОВП), CapSym-12, SF-36.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 146 больных с ВП, средний возраст обследованных ( $M \pm \sigma$ )  $56,9 \pm 6,2$  лет, 66 мужчин (46,3%) и 78 женщин (53,4%). Больных распределили на 3 группы: 1 группа - больные ВП с сопутствующей ХСН ( $n=77$ ), 2 группа - больные ВП без ХСН ( $n=39$ ), 3 группа - больные с ХСН без ВП ( $n=30$ ). Динамику жалоб обследованных оценивали через 48-72 часа,  $7 \pm 1$  и  $12 \pm 2$  дней от начала лечения.

**Результаты и обсуждение.** Анализ данных опросника ШОВП показал, что течение ВП у больных с ХСН более тяжелое по сравнению с пациентами без ХСН. У больных основной группы более низкими показателями индекса ВП и респираторной шкалы в течение всего периода наблюдения, а также

выявлены различия в показателях шкалы самочувствия через 48-72 часа и  $7 \pm 1$  дней от начала лечения. При использовании опросника CAP-Sym-12 были получены следующие данные: у больных с ХСН течение ВП в начале инфекционного заболевания и в течение первых нескольких дней после назначения антибиотиков более тяжелое по сравнению с пациентами без ХСН. Через неделю лечения разница между течением ВП у больных с ХСН и без нее исчезает. По результатам оценки показателей опросника SF-36 выявлено, что наличие ХСН у больного с ВП по сравнению с больными без ХСН оказывает негативное влияние на все стороны КЖ, за исключением роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, которые обусловлены проблемами со здоровьем за последние 4 недели (шкала RP)

**Выводы.** При оценке качества жизни пациентов выявлено, что на фоне улучшения клинико-лабораторных показателей параллельно наблюдается восстановление показателей качества жизни. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ХСН негативно влияет на клиническое течение и прогноз больных с ВП и увеличивает риск неблагоприятного исхода заболевания. Использование методик оценки КЖ больных позволяет лучше оценить состояние здоровья пациента и разработать методы предупреждения его ухудшения.

\*\*\*

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ  
С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА**

**Бондаренко О.А., Данилов А.Г.**

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт*

*Кафедра биофизики и нейрокибернетики*

Научный руководитель:

Живогляд Р.Н. - д.м.н. профессор

**Актуальность темы:** инсульт (от лат. insulto – скачу, впрыгиваю) – остро развивающееся нарушение мозгового кровообращения, вызванное инфарктом или кровоизлиянием в мозговое вещество, со-

провождающееся повреждением ткани мозга и расстройством его функций.

Инсульт является важнейшей медико-социальной и научной проблемой, поскольку имеет

высокую долю в структуре заболеваемости и смертности среди трудоспособного населения и отличаются значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

Рост заболеваемости инсультом в России увеличивается до 13% ежегодно. Показатели смертности за последние 15 лет повысились на 18% и достигли на сегодняшний день 280 человек на 100 тысяч населения.

Количество больных в ХМАО за 2011 год составила 3 человека на 1000, всего 4615 человек. Так же отмечено, что возрастной порог, по достижению которого риск инсульта становится реальным, в округе значительно ниже, чем в южных регионах (50-60 лет) и приходится на наиболее трудоспособный возраст- 35-45 лет. Эту особенно связывают с промышленным освоением территории ХМАО, в котором увеличивается количество приезжающих на работу людей сталкивающихся с проблемами адаптации к экстремальным условиям Севера. Неблагоприятное воздействие климато- техногенного прессинга на организм человека в условиях Севера является значительным фактором ухудшения условий жизнедеятельности, повышения заболеваемости и смертности [5].

Влияние климатических факторов на состояние организма осуществляется рефлекторно, через центральную нервную систему и нейрогуморальную регуляцию [6]. Это и определило основу нашей научной работы, как в лечении данной патологии, так и в исследованиях работы вегетативной нервной системы.

**Методы исследования:** нами проводилось восстановительное лечение больных с инсультом в ранний восстановительный период на базе БУ «Сургутской клинической травматологической больницы», нейрохирургического отделения. Комплекс восстановительной терапии включал в себя: стандартную фармакотерапию: пентоксифиллин 5.0 вв кап № 10, актовегин 2000 мг вв кап № 10, витаминотерапия, дезагреганты: аспирин 125 мг 1 раз в сутки, симптоматическая гипертензионная терапия. ФТЛ: магнитотерапия аппаратом «Алимп» на воротниковую зону, лобно-затылочные области, 20-25мТл 10 процедур 15мин. №10, ФХТ аппаратом «Спектр» зеленая матрица, мощность 100%, интенсивность 100Гц на сосудистые пучки №10, ЛФК (индивидуальные занятия), гирудорефлексотерапию, метод сочетания точек воздействия с использованием трехуровневого принципа по системе Д.М.Табеевой, 10 сеансов [5].

Исследования проведены 55 больным, из них 25 мужчин и 30 женщин. Средний возраст больных составил 51 год.

Все исследуемые показатели фиксировались в первые сутки после инсульта, на 10 сутки после

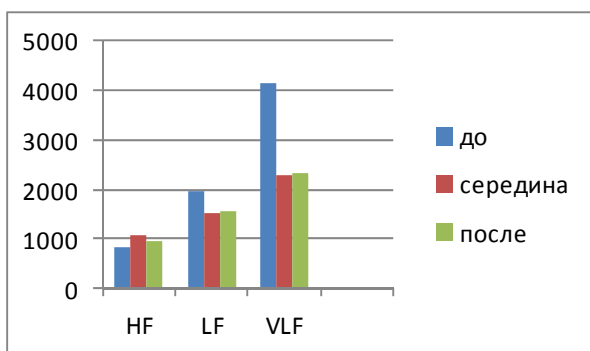
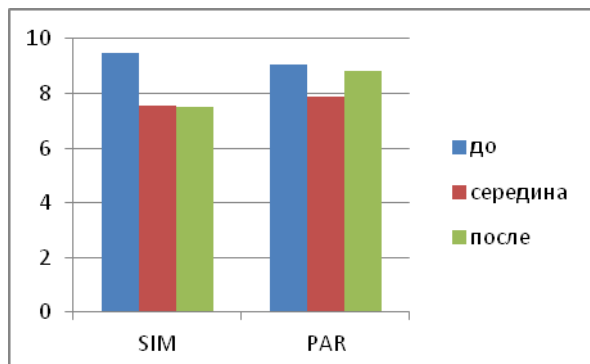
инсульта (середина курса лечения) и на 21 сутки после инсульта (после курса лечения). У больных оценивалась степень активности вегетативной нервной системы по вариабельности сердечного ритма ВСР) с использованием пульсоксиметра «ЭЛОКС – 01С2» (ЗАО ИМЦ «Новые приборы», г. Самара). Определялись временные и частотные характеристики ВСР: Total P ( $\text{m}^2$ ) – общая спектральная мощность колебаний ритма сердца; VLF ( $\text{m}^2$ ) – спектральная мощность ВСР в диапазоне ультранизких частот; LF( $\text{m}^2$ ) – спектральная мощность ВСР в диапазоне низких частот; HF( $\text{m}^2$ ) спектральная мощность ВСР в диапазоне высоких частот; СИМ (y.e.) – показатель активности симпатической вегетативной нервной системы; ПАР (y.e.) показатель активности парасимпатической вегетативной нервной системы; HR (в мин) – частота сердечных сокращений; ИВ (y.e.) – индекс напряженности регуляторных систем – индекс Баевского [2].

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики до доверительного интервала с помощью пакета прикладных программ (ППП) STATISTICA. Так же полученные данные обрабатывались с помощью оригинальных программ: «Идентификация параметров аттракторов поведения вектора состояний биосистем в m-мерном фазовом пространстве», «Программа медицинской диагностики по расстоянию между фактической точкой вектора состояния организма человека и ближайшими центрами квазиаттракторов, разработанные и запатентованные коллективом авторов под руководством ЗДН РФ, профессора, д.физ.-мат. наук, д. биол. наук В.М. Еськова [1], [2].

**Результат обработки:** из полученных данных видно, что значение показателя активности симпатического отдела ВНС (СИМ) снизились после 5 процедуры - 7,9 и после курса лечения 8,8 по сравнению с исходным состоянием до воздействия 9,49. Подобная картина наблюдалась у индекса Баевского и ЧСС после 5 процедуры ИБ 67, ЧСС 71,3; после лечения ИБ 69,5, ЧСС 72,4; при исходные данные ИБ 91,2, ЧСС 74. Преобладание индекса активности СИМ ВНС свидетельствует о большом функциональном напряжении у больных с ОНМК до начала курса лечения, постепенное снижение индекса активности после 5 процедуры и сохранение снижения данного показателя после курса лечения при сохранении индекса активности ПАР до курса лечения 9 и после курса лечения 8,8, приводит к нейро- динамическому равновесию в ВНС. Баланс между индексами активности СИМ и ПАР ВНС способствует саморегуляции и самоорганизации организма пациента и приводят к лечебным результатам, переводя вектор состояния организма человека (ВСОЧ) из аттрактора патологии к аттрактору саногенеза [3].

Гистограмма №1

**Результат статистической обработки показателей ФСО пациентов до, середина и после курса восстановительного лечения**



В спектральных характеристиках мощность очень низких частот (VLF) сердечного ритма имеет тенденцию к доминированию до курса лечения  $4146 \text{ мс}^2$ , после 5 процедуры значительно снижаются показатели до  $2277 \text{ мс}^2$  и после курса лечения показатель устанавливается на  $2331 \text{ мс}^2$ . Доминирование спектральной мощности до курса лечения очень низких частот сердечного ритма является показателем управления метаболическими процессами и указывает на энергодефицитное состояние у больных с ишемическим инсультом в острый период и подтверждает активность симпатического отдела ВНС. Постепенное снижение спектральной мощности очень низких частот (VLF) сердечного ритма с одновременным повышением спектральной мощности высоких частот (HF) так же подтверждает НДР в работе ВНС к концу курса восстановительного лечения.

Так же у больных с инсультом при сравнение параметров квазиаттракторов, характеризующих динамику фазового пространства, выявил значимые изменения до, в середине и после курса восстановительного лечения.

General V value Vx общий объем, ограничивающий аттрактор параллелепипеда у пациентов до лечения был определен  $6,39 \cdot 10^{32}$ , после 5 процедуры объем уменьшился до  $4,65 \cdot 10^{32}$  и после лечения

составил  $9,36 \cdot 10^{31}$ . General asymmetry value rX общий показатель асимметрии у больных до восстановительного лечения определен  $18736,40$  после 5 процедуры увеличился до  $43133,70$  и после лечения уменьшился до  $22706,14$ .

Таблица 1.

**Идентификация параметров квазиаттракторов показателей variability сердечного ритма до, в середине, после курса восстановительного лечения**

Группа больных Инсультом (n=55)	General asymmetry value rX (y.e.)	General value Vx (y.e.)
1	2	3
До лечения	$18736,40 \cdot 10^{14}$	$6,39 \cdot 10^{32}$
Середина лечения	$43133,70 \cdot 10^{14}$	$4,65 \cdot 10^{32}$
После лечения	$22706,14 \cdot 10^{14}$	$9,36 \cdot 10^{31}$

Уменьшение общего объема параллелепипеда к середине курса лечения и увеличение общего показателя асимметрии подтверждает интенсивность воздействия на организм внешне управляющих факторов: гирудорефлексотерапии, физиотерапевтических процедур, кинезиотерапии.

Уменьшение общего объема параллелепипеда после курса лечения с уменьшением общего показателя асимметрии количественно отражает положительный результат восстановительного действия комплекса реабилитационных мероприятий.

### Выводы:

1. При комплексном восстановительном лечении с применением гирудорефлексотерапии и медико-кибернетическом подходах к лечению больных в ранний восстановительном периоде ОНМК дают возможность управлять гомеостазом, вызывая колебательные процессы в регуляторных системах, переводят ВНС из симпатотонии в парасимпатотонию.

2. Увеличение variability сердечного ритма и устойчивое нейродинамическое равновесие ВНС за счет мощных механизмов саморегуляции и самоорганизации приводят к увеличению адаптационного потенциала организма, переводя вектор состояния организма человека (ВСОЧ) из аттрактора патологии к аттрактору саногенеза.

3. Метод регистрации параметров ФСО с последующей оценкой показаний КРС и идентификацией параметров вектора состояния организма больных с ОНМК в раннем восстановительном периоде позволяет определить аттрактор саногенеза или выход из аттрактора патогенеза. Что может быть использовано для выбора и оценки методик восстановительного лечения.



### Литература

1. Еськов В.М, Хадарцев А.А., Филатова О.Е. Синергетика в клинической кибернетике. Часть I. Теоретические основы системного синтеза и исследований теории хаоса в биомедицинских системах. Самара 2006, - 233с.
2. Еськов В.М. Клинические аспекты кластерной теории фазатона мозга (Гирудотерапевтическая регуляция ФСО человека и гомеостаза в целом): монография / В.М. Еськов, Р.Н. Живогляд Самара 2004, - 138с.
3. Живогляд Р.Н., Гирудорефлексотерапия: саногенетические механизмы. Монография. Сургут, 2009, - 130с.
4. Хадарцев А.А., Винокуров Б.Л., Гонтарев С.Н. Восстановительная медицина. Монография. Том III. Тула-Белгород, 2010, - 296с.
5. Табеева Д.М., Практическое руководство по иглорефлексотерапии. Учебное пособие. М.: Мед пресс-информ, 2004.-440 с.
6. Вейн А.М., Соловьев А.Д., Колосова О.А. Вегетативная дистония. – М., 1981,- 275с.

\*\*\*

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛУДКА ПРИ СУПЕРИНВАЗИОННОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ

*Дерпак Т.В.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

Научный руководитель:

Зуевский В.П. - д.м.н., профессор

**Актуальность исследования.** В настоящее время одним из наиболее опасных гельминтозов является описторхоз. Особенно актуальна данная проблема для Ханты-Мансийского автономного округа в связи с широким распространением данного гельминтоза в Среднем Приобье. Основные органы – мишени: печень, поджелудочная железа, желудочно-кишечный тракт. Поражение печени протекает в виде иммунного холангита, гепатита. Повреждение желудка проявляется, в основном, в виде различных форм гастрита. Общность эмбриогенеза и функционирования позволяют рассматривать печень и желудок, как единую морфо-функциональную систему. По данным различных исследователей выраженность патологических изменений возрастает в связи с суперинвазиями.

**Объекты исследования.** Суперинвазионный описторхоз моделирован путем введения в глотку сирийским хомякам *Mesocricetus auratus* 30-ти жизнеспособных метацеркарий, выделенных из язей, выловленных в реках Оби и Иртыше. Повторное заражение проводилось на 21 сутки после заражения - вводили 20 метацеркарий. Животные забивались на 7-е, 15-е сутки после суперинвазии.

Кусочки печени, фрагменты фундального и пилорического отделов желудка, фрагменты печени фиксировали в 10% нейтральном формалине. Материал заливали в парафин.

Использованы следующие методики окрашивания: гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, альциановым синим, проводилась ШИК-реакция. В печени изучали количество погибших гепатоцитов, митотический индекс, оценивался характер клеточных инфильтратов.

В желудке изучали среднее число эпители-

альных клеток в продольном срезе главной железы, среднее число эпителиальных клеток в желудочной ямке, железисто-ямочный эпителиальноклеточный индекс (ЖЯЭЖин декс), эпителиальную формулу главной железы, индекс соотношения главных и обкладочных клеток (индекс СГОК). Для оценки изменений пилорического отдела желудка использован индекс массы пилорических желез.

При различных патологических состояниях желудка изменению подвергаются, как эпителиальные, так и стромальные элементы желудка. В связи с этим нами изучался не только паренхиматозный, но и стромальный компонент слизистой оболочки желудка.

Полученные цифровые данные обработаны методами вариационной статистики.

### Результаты исследования

**Динамика изменений печени при суперинвазионном экспериментальном описторхозе.**

**Длительность суперинвазии 7 суток.** Капсула печени гладкая, блестящая, обычного цвета. На нижней поверхности печени видны сероватые, несколько расширенные желчные протоки. На срезе ткань печени полнокровна. Просвет крупных желчных протоков умеренно расширен, стенка их незначительно утолщена. Желчный пузырь атоничен, заполнен желтоватой желчью.

При микроскопическом исследовании наблюдается повышенное кровенаполнение органа. Стенки междольковых артерий набухшие, отмечается их плазматическое пропитывание, а в некоторых случаях и фибриноидный некроз. Эндотелиальные клетки сосудов увеличены, овальной формы,

вытянуты в радиальном направлении. Отмечается их пролиферация. Наружная и внутренняя эластические мембраны утолщены, имеют гофрированный вид. Местами отмечается их разволокнение. Ядра гладкомышечных клеток средней оболочки артерий набухшие, вакуолизированы. Определяется повышенное кровенаполнение внутридольковых капилляров, центральных, поддольковых и междольковых вен. В просветах желчных протоков обнаруживаются описторхисы, просвет протоков расширен. В подслизистой протоков встречаются очаговые скопления гликопротеинов и гликозаминогликанов. Эпителий протоков в некоторых участках отсутствует, образуются эрозии. Эпителиальные клетки в одних случаях утолщены, в других набухшие, в некоторых участках эпителиальный пласт многорядный, формируются эпителиальные подушечки. Митотический индекс эпителия –  $2,11 \pm 0,16\%$ . Количество бокаловидных клеток по сравнению с контролем повышено. В гепатоцитах отмечаются явления зернистой и гидрической дистрофии. Количество гликогена в печеночных клетках на периферии долек снижается. Количество погибших гепатоцитов составляет  $27,97 \pm 0,26$  на 1000 клеток, что выше нормы –  $24,9 \pm 0,24$ . Возрастает число двуядерных печеночных клеток –  $20,27 \pm 0,23\%$ . Митотическая активность гепатоцитов становится выше –  $0,3 \pm 0,12\%$ , в норме –  $0,11 \pm 0,05\%$ ,  $P < 0,001$ . Содержание синусоидальных клеток повышается –  $171,42 \pm 2,31\%$ , в норме –  $124,58 \pm 6,24\%$ . В перидуктальной соединительной ткани определяются клеточные инфильтраты, в состав которых входят лимфоциты, большие лимфоидные клетки, фибробласты, гистиоциты, плазмоциты, нейтрофильные и эозинофильные гранулоциты. Среди клеточных элементов преобладают нейтрофильные лейкоциты –  $38,7 \pm 7,21\%$ , большие лимфоидные клетки –  $30,97 \pm 5,12\%$ . Клеточные инфильтраты по ходу ветвей v. portae менее выражены. В них обнаруживаются лейкоциты, гистиоциты, плазматические клетки, лимфоциты, большие лимфоидные клетки, синусоидальные клетки. В инфильтраты преобладают лимфоциты –  $70,97 \pm 9,20\%$ .

Клеточные инфильтраты междольковых триад состоят из лимфоцитов, эозинофилов, фибробластов, гистиоцитов, плазматических клеток, больших лимфоидных клеток, нейтрофильных лейкоцитов. Преобладают большие лимфоидные –  $32,03 \pm 6,21\%$  и синусоидальные –  $20,97 \pm 3,18\%$  клетки. Вокруг крупных протоков появляются единичные новообразованные холангиолы. Гликопротеины обнаружены в эпителии протоков, в подслизистом слое, вокруг вен.

**Длительность суперинвазии 15 суток.** На нижней поверхности печени, под капсулой, определяются довольно выраженные желчные протоки, достигающие 0,5-0,8 см в диаметре. Стенки их

утолщены, белесоваты. В протоках определяется мутноватая желчь и паразиты.

На разрезе отмечается умеренное полнокровие органа, неоднородность окраски.

Микроскопическое исследование выявляет усиление деструктивных изменений в артериях, которые проявляются нарастанием фибриноидного некроза их стенок, выраженностью плазморрагий, дальнейшим разрушением эластического каркаса. Просвет некоторых артерий сужен или полностью закрыт. Стенки протоков утолщены, просвет расширен. В протоках встречаются бухтообразные углубления эпителиального пласта. Эпителиальные клетки активно пролиферируют. Митотический индекс эпителия протоков достигает максимальных цифр –  $12,97 \pm 1,19\%$ . В просвете протоков формируются выросты грануляционной ткани, частично заполняющие просвет протоков. В стенках протоков встречаются очаговые разрастания молодой соединительной ткани. В одном случае в стенке желчного протока обнаружена гранулема, состоящая преимущественно из эпителиоидных клеток, в ее состав также входят эозинофилы, лимфоциты, макрофаги. Аргирофильный каркас стенок уплотняется, здесь появляются новообразованные коллагеновые волокна. Перипротоковые клеточные инфильтраты увеличиваются в объеме, становятся более плотными, в них преобладают лимфоциты –  $28,83 \pm 3,24\%$ , эозинофилы –  $48,94 \pm 4,23\%$ , полиморфноядерные нейтрофильные лейкоциты –  $9,56 \pm 3,14\%$ .

Просветы протоков, включая вновь образованные, в некоторых случаях расширяются настолько, что начинают приобретать характер многокамерных кист, выстланных уплощенным эпителием. В перидуктальных инфильтратах коллагеновые волокна занимают  $7,19 \pm 0,22\%$  площади. Нарастают некробиотические изменения гепатоцитов. Число погибших гепатоцитов достигает  $31,5 \pm 4,33\%$ . Количество купферовских клеток становится больше, на 1000 гепатоцитов –  $294,22 \pm 9,28$ . Возрастает число двуядерных гепатоцитов –  $32,17 \pm 6,3\%$ . Количество гликогена в печеночных клетках уменьшается. Митотическая активность гепатоцитов повышается до  $1,36 \pm 0,2\%$ . Вокруг крупных ветвей v. porta усиливается воспалительная инфильтрация. Среди клеточных элементов, как и в перидуктальных инфильтратах лимфоциты –  $61,56 \pm 6,24\%$  и эозинофильные лейкоциты –  $35,11 \pm 5,22\%$ . Выраженность склеротических изменений в этих участках меньше, чем вокруг протоков. В соединительной ткани междольковых триад количество клеточных элементов нарастает. В составе их преобладают эозинофилы –  $24,96 \pm 5,23\%$ , лимфоциты –  $17,69 \pm 0,24\%$ . Среди клеточных инфильтратов появляются новообразованные аргирофильные и коллагеновые волокна.

**Морфологические изменения в слизистой оболочке желудка.**

**Длительность суперинвазии 7 суток.**

Слизистая фундального отдела желудка несколько отечная. Отмечается повышенное кровенаполнение сосудов как в глубоких, так и в поверхностных слоях. Выражены периваскулярный отек, отек стенок кровеносных сосудов, происходит набухание, пролиферация и везикуляция эндотелия, возможно развитие фибриноидного некроза стенок сосудов. Отмечается краевое стояние эозинофильных гранулоцитов просветах кровеносных сосудов. В преджелудке, фундальном, пилорическом отделах определяются очаговые периваскулярные эозинофильные инфильтраты на периферии которых обнаруживаются тучные клетки, среди которых значительное количество дегранулированных форм. В глубоких и поверхностных слоях слизистой, по сравнению с нормой достоверно увеличивается плотность клеточной инфильтрации, в составе которой большое количество иммунокомпетентных клеток, особенно возрастает содержание плазматических клеток и эозинофилов ( $p < 0,01$ ). Клетки покровно-ямочного эпителия высокоцилиндрической формы, отдельные клетки набухшие, границы между ними прослеживаются нечетко, средняя высота эпителия больше, чем в норме, что является статистически достоверным ( $p < 0,01$ ). Они усиленно продуцируют ШИК-положительную слизь, в связи с неравномерностью этого процесса просветы отдельных ямок расширены, покровные клетки в отдельных участках слущиваются. В большинстве случаев стадия экскреции преобладает над стадией накопления секрета, вследствие чего апикальный слой мукоида в клетках покровно-ямочного эпителия узкий, а на поверхности большое количество слизи. Глубина желудочных ямок  $226,19 \pm 10,71$  мкм отношение высоты фундальных желез глубине ямок составляет 3,03.

Просветы фундальных желез незначительно расширены. Среднее число клеток эпителия в продольном разрезе главных желез  $89,17 \pm 1,42$ , желудочной ямке  $31,44 \pm 1,44$ , ЖЭЯК индекс 2,84.

В эпителиальной формуле наблюдается увеличение шеечных и добавочных клеток, что является статистически достоверным ( $p < 0,05$ ). Митотический индекс эпителия желез возрастает до  $13,18 \pm 0,51\%$ , что является статистически достоверным ( $p < 0,01$ ), по сравнению с нормой. Соотношение профаз и метафаз существенно не изменяется.

**Длительность суперинвазии 15 суток.**

Толщина слизистой оболочки фундального отдела желудка  $970,43 \pm 41,52$ , что выше, чем в норме и при однократном заражении на данном сроке инвазии. Сосуды слизистой, подслизистой полнокровны. В стенках сосудов признаки мукоидного набухания, определяются очаги фибриноидного некроза. Эндотелиальные клетки набухшие, ядра их крупные, ги-

перхромные. Вокруг сосудов определяются клеточные инфильтраты, в составе которых большое количество эозинофилов. Клетки покровно-ямочного эпителия секретируют значительное количество ШИК-положительной слизи, которая располагается как на поверхности слизистой, так и в глубине желудочных ямок. Отдельные клетки покровно-ямочного эпителия набухшие, границы их нечеткие. Средняя высота эпителиальных клеток  $14,89 \pm 0,19$  мкм. Высота фундальных желез увеличивается по сравнению с нормой и при однократном заражении на 30е сутки инвазии  $743,33 \pm 34,12$  ( $p < 0,05$ ). Желудочные ямки углубляются  $237,14 \pm 8,52$ , некоторые из них расширены. В эпителиальной формуле отмечается увеличение количества шеечных клеток. Количество их достоверно выше, чем у хомяков в соответствующий срок инвазии при однократном заражении. Повышено, по сравнению с нормой, и количество добавочных клеток. Количество главных клеток в эпителиальной формуле снижено  $35,18 \pm 0,31$ . Индекс СГОК снижен за счет сокращения числа главных клеток 0,78.

Митотическая активность эпителия слизистой оболочки достигает высоких цифр  $16,84 \pm 1,35\%$ , что выше, чем при однократном заражении на 30е сутки инвазии ( $p < 0,05$ ). Зона митотических делящихся клеток в железах расширена, в структуре фаз митоза повышается количество метафаз. Активность СДГ в эпителиальных клетках фундальных желез значительно повышена 2,73, КФ несколько снижена 1,18. Выраженность клеточной инфильтрации во всех отделах слизистой достигает высоких показателей: плотность клеточной инфильтрации в поверхностных отделах слизистой  $2386,58 \pm 38,41$ , в глубоких отделах  $2211,43 \pm 37,14$ . В пилорическом отделе плотность клеточной инфильтрации составляет  $2311,49 \pm 37,14$ . Данные показатели выше, чем в группе животных при однократном заражении ( $p < 0,05$ ). В составе клеточных инфильтратов преобладают лимфоциты, определяется большое процентное содержание эозинофилов, плазматических клеток, встречаются многочисленные эозинофильно-тучноклеточные ассоциации. В цитоплазме эпителиальных клеток фундальных желез высокое содержание РНК. В макрофагах, лимфоцитах клеточных инфильтратов отмечается высокая активность кислой и щелочной фосфатаз соответственно.

**Выводы.** В печени и слизистой оболочке желудка наблюдаются существенные морфологические изменения проявляющиеся в повреждении паренхиматозных элементов данных органов, изменении митотического режима, формирования клеточных инфильтратов состоящих из лимфоидных клеток, макрофагов, эозинофильных лейкоцитов, плазматических клеток и т.д. Изменения нарастают при увеличении срока инвазии и коррелируют по определенным показателям.

### Литература

1. Астафьев Б.А., Яроцкий Л.С., Лебедева М.Н. Экспериментальные модели паразитов в биологии и медицине. - М.: М., 1989. - 270 с.
2. Бычкова Л.С. Клинико-морфологическая характеристика изменений слизистой желудка при описторхозе и восстановительные процессы в ней после дегельминтизации. Автореф. дис...канд. мед. наук.-1983.
3. Зуевский В.П. Патоморфология печени при описторхозе в зависимости от возраста инвазированных животных. Автореф. дис...канд.мед.наук. - Новосибирск, 1985. - 18 с.
4. Крылов, Г.Г. Суперинвазионный описторхоз: пато- и морфогенез осложненных форм и микст-патологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Г. Крылов. - М., 2005. - 40 с.
5. Рычагова И.Г. Морфогенез клеточных реакций печени при различных клинико - морфологических формах описторхоза. Автореф. дис... докт.мед.наук. Челябинск. - 1995.- 40 с.



### ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Заплетина Н.А., Стулов А.С., Филиппова В.М., Аракельян Р.С.*

*г. Астрахань, Россия*

*ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра инфекционных болезней*

Астраханская область расположена на юго-востоке Восточно-Европейской равнины в пределах Прикаспийской низменности. Область узкой полосой протянулась по обе стороны от Волго-Ахтубинской поймы на расстояние более 400 км. Область характеризуется чрезвычайно развитой гидрографической сетью. Поверхностные воды представлены р. Волгой, ее многочисленными рукавами, сложной системой пойменных и дельтовых протоков, ериков, пресными и солеными озерами и крупнейшим замкнутым водоемом нашей планеты Каспийским морем-озером [3].

Изучались архивные материалы Управления Роспотребнадзора по Астраханской области, Государственные доклады Управления Роспотребнадзора по Астраханской области и различные отчетные формы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области».

Климат Астраханской области резко континентальный с высокими температурами летом и низкими зимой. Весна - самый короткий период года, всего лишь полтора месяца. Лето - самый продолжительный сезон, более 4,5 месяцев: начинается в мае с устойчивого перехода температуры воздуха с +15°C в сторону повышения и заканчивается в середине сентября, когда температура вновь начинает снижаться до +15°C [3].

Малярия является характерным заболеванием для местности с теплым климатом. К их числу относится и Астраханская область, имеющая оптимальные условия для передачи малярии при ее завозе [1, 2, 3].

Первые статистические данные о заболеваемости малярией в Астраханской области относятся к 1894 г., когда в Астраханской губернии было зарегистрировано 54952 случая малярии [2].

В первой половине 20 века, вплоть до 1954 г., Астраханская область являлась очагом малярии и

число зарегистрированных случаев составляло: в 1935 г. - 19439 сл., 1940 г. - 15409 сл. В годы ВОВ заболеваемость повысилась и в 1944 г. составляла - 42913 сл., 1948 г. - 13793 сл., 1949 г. - 6164 сл., 1950 г. - 2799 сл., 1951 г. - 938 сл., 1952 г. - 14 сл., 1953 г. - 3 сл., 1954 г. - не выявлено ни одного случая, и этот год явился этапным для Астраханской области, так как с этого года малярия была ликвидирована как массовое заболевание [1, 2]. В 1955 и 1956 гг. зарегистрировано по 1 завозному случаю. В течение 44 лет, с 1954 года по 1998 год, случаи малярии с местной передачей в Астраханской области не регистрировались.

После периода длительного эпидемиологического благополучия - с 1954 года отсутствовали случаи местной малярии, а с 1957 года - завозных и только через 17 лет вновь, с 1975 года в Астраханской области начали регистрироваться завозные случаи малярии, которые регистрируются до настоящего времени. До середины 90-х годов завоз происходил, в основном, из стран Африканского континента, Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки, а с 1997 г. - из стран СНГ [2].

До 1980 года большинство завозных случаев было выявлено среди иностранных студентов, обучающихся в учебных заведениях г. Астрахани. В период афганской войны (1979 – 1989 гг.) за счет возвращения демобилизованных из Афганистана отмечалось увеличение случаев малярии. В середине 90-х годов увеличилось количество выезда в тропики и субтропики и возросло число больных астраханцев среди командировочных и туристов. В середине 90-х годов структура завоза увеличилась в связи с миграцией населения из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан и Армения). Подъемы завоза малярии отмечались в периоды с 1981 по 1989 гг., что отражает ситуацию завоза инфекции из Афганистана, и с 1997 по 2004 гг. – завоз малярии из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан, Армения). До

1980 г. завоз тропической малярии наблюдался в 55% случаев, в 80-е годы соотношение видового состава составляло - тропическая малярия - 60% случаев, трехдневная малярия (*P. vivax*) - 39,5% случаев, в последующие годы трехдневная малярия преобладает, а с 1997 г. регистрируется уже в 95,5% случаев [3].

За период с 1975 по 2005 гг. зарегистрировано 398 случаев, из них завозных 385 случаев, вторичные от завозных - 13.

Среди зарубежных граждан, включая страны ближнего зарубежья, зарегистрировано 385 случаев: с *P. vivax* - 267 сл., из них завоз из стран ближнего зарубежья - 203 сл., из дальнего зарубежья - 18 сл., *P. falciparum* - 117 сл., *P. malariae* - 4 сл. и *P. ovale* - 10 сл., все завозные из стран дальнего зарубежья [1].

Мероприятия по предупреждению завоза малярии проводились дифференцировано с обязательным обследованием каждого прибывшего из эндемичной зоны на малярию, лечением в день регистрации случая и обработкой очага по территориальному принципу.

До середины 90-х годов обследовались ежегодно около 10 тыс. человек, это 1% от числа проживающих в Астраханской области, в последующие годы обследуется не более 6-7 тыс. человек, или 0,6%-0,7% населения области, в настоящее время 0,3%.

Выявление случаев малярии из стран дальнего зарубежья, даже в годы массового завоза, не имел эпидемических последствий. Однако интенсивный завоз трехдневной малярии из эндемичных стран СНГ привел к возникновению передачи малярии через местных комаров от завозных источников инфекции: 1998 год - 1 сл. (с длительной инкубацией), 2000 год -

4 сл., в том числе 1 сл. с длительной инкубацией, 2001 и 2002 годы - по 3 сл., 2003 год - 2 сл.

В 2000 г. отмечен 21 случай заболевания малярией. Показатель заболеваемости составил 2,1; в 2001 г. зарегистрирован 31 случай (показатель заболеваемости 3,06). В последующие годы прослеживается снижение заболеваемости: 2002 г. - 11 случаев (1,09 на 100 тыс. населения), 2003 г. - 8 случаев (показатель 0,79), 2004 г. - 6 случаев (0,59), 2005 г. - 5 случаев (0,5), в 2006 - 2007 гг. малярия в Астрахани не регистрировалась, а в 2008 г. снова зарегистрирован 1 случай (0,1 на 100 тыс. населения), причем у лица до 14 лет. В 2009 г. случаи заболевания малярии не регистрировались.

В 2008 г. в г. Астрахани после двухлетнего перерыва зарегистрирован 1 случай трехдневной малярии (случай завозной из Азербайджана).

С 2009 г. случаи малярии в Астраханской области не регистрировались.

**Вывод:** В Астраханской области вслед за увеличением показателей заболеваемости, следует их снижение, вследствие чего эпидемиологическая ситуация по малярии в настоящее время улучшается.

#### Литература

1. Клиническая паразитология /Лысенко А.Я., Владимова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж.//ВОЗ, Женева. - 2002. С. 143-194.
2. Малярия в Астраханской области: история и современность /Аракельян Р.С., Курятникова Г.К., Галимзянов Х.М., Стулова А.С. //Инфекционные болезни, том 9, приложение 1. - 2011. С. 22.
3. Сердитова С.Н. География Астраханской области /Сердитова С.Н. //Волгоград. - 1970. С. 22-30

\*\*\*

### МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОГЛИИ ПЕРЕДНЕ - ЛАТЕРАЛЬНОГО ЯДРА СПИННОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БАРБИТУРАТАМИ

*Иванов А.С., Савенко Л.Д., Чурилин О.А.,  
Золотаревская М.В., Захаров А.А.*

*г. Луганск, Украина*

*ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»  
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

Научный руководитель:

Савенко Л.Д. - д.м.н., профессор

Барбитураты широко применяются в медицинской практике. Известно их негативное влияние на возбудимость нейронов, а также распространение нервных импульсов в центральной нервной системе. Целью исследования являлось изучение в эксперименте количественных показателей макроглии передне - латерального ядра спинного мозга крыс при хронической интоксикации барбитуратами.

**Материал и методы.** Исследование проведено на 144 беспородных белых крысах - самцах половозрелого и неполовозрелого возраста. Животным вводили фенobarбитон перорально 30 и 70 мг/кг ежедневно. Контролем служили крысы, которые получали 10 мл/кг дистиллированной воды. Животные выводились из эксперимента на 7, 15, 30, 60 сутки после начала введения препарата. Гистологи-

ческие препараты спинного мозга, окрашенные крезиловым фиолетовым по Ниссля в модификации И.В. Викторова, изучали с помощью морфометрического и статистических методов. Для количественной характеристики макроглиальных клеток (олигодендроцитов) использовались следующие показатели: плотность общей глии (Г), плотность сателлитной глии (С), интерглиальный коэффициент (С/Г).

**Результаты исследования.** Установлено, что влияние барбитуратов на передне - латеральное ядро приводит к появлению количественных изменений макроглиальных клеток. Во все сроки наблюдения отмечалось усиление пролиферативных процессов макроглии. При этом на 7 сутки после введения фенобарбитона в дозе 30 мг/кг наблюдалось достоверное увеличение показателя (Г) у неполовозрелых животных. К 15 суткам исследования статистически значимых изменений всех морфометрических показателей в обеих возрастных группах не

выявлено. Достоверное возрастание параметров макроглии (Г, С, С/Г) наблюдалось у неполовозрелых животных на 30 сутки после введения фенобарбитона. На 60 сутки эксперимента в нервной ткани исследуемого ядра спинного мозга неполовозрелых животных наблюдалось статистически достоверное возрастание показателей (С, С/Г), что не было выявлено у половозрелых крыс. При использовании препарата в дозе 70 мг/кг во все сроки исследования показатели олигодендроглии изменялись в большей степени и носили достоверный характер по сравнению с применением препарата в меньшей дозе.

**Выводы.** Установлена стадийность протекания морфометрических изменений в глии передне - латерального ядра спинного мозга крыс после введения фенобарбитона в разных дозах. Степень выраженности изменений показателей зависела от сроков эксперимента, возраста животных, а также дозы барбитурата.

\*\*\*

### ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

**Камилова М.С.**

*г. Бухара, Узбекистан  
Ташкентская медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии*

Научный руководитель:  
Пахомова Ж.Е. - д.м.н., профессор

**Цель исследования.** Определение характера изменений VEGF, ЭТ-1, уровня оксида азота (NO) и факторов его регуляции – эндотелиальной нейроксидсинтазы (eNOS), индуцированной NOS (iNOS) и пероксинитрита (ONO<sub>2</sub>) у беременных с ПОНРП.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 68 женщин со сроком беременности 22-40 недель с ПОНРП, в том числе 32 первобеременные (1-я группа) и 36 – повторнобеременные (2-я группа). Диагноз ПОНРП устанавливали на основании данных анамнеза, клинической картины (выявление кровяных выделений из половых путей, болезненность матки, повышение тонуса матки, падение АД, тахикардия), результатов УЗИ фетоплацентарного комплекса (место отслойки – симптом «фасетки»), ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) кровотока в маточных артериях и артерии пуповины, кардиотокографии (КТГ), клинического обследования.

В сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью наборов для прямого иммуноферментного анализа Human VEGF (Biosource, США), ELISA (DSL, Великобритания) на иммуноферментном

анализаторе 858 (LTD, Китай) определяли уровень VEGF и ЭТ-1, спектрофотометрически на UV-VIS2100 (Германия) – концентрацию NO, ONO<sub>2</sub> и активность eNOS и iNOS. Контролем служили данные, полученные у 20 женщин с физиологическим течением беременности и отсутствием отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, в том числе 10 перво- и 10 – повторнобеременных.

Изучение показателей проводили в динамике на 22-40 неделях гестации. Полученные результаты обработаны статистически. Достоверными считали величины, удовлетворяющие  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что уровень VEGF и ЭТ-1 в сыворотке крови у пациенток 1-й и 2-й группы в разные сроки гестационного периода существенно не различался. Статистически значимые различия изучаемых показателей регистрировались в зависимости от тяжести патологического процесса. Отмечалась их линейное увеличение по сравнению с контролем в соответствии со степенью фетоплацентарной недостаточности (ФПН). Так, по сравнению с контролем (VEGF –  $9,6 \pm 0,46$

пкг/мл, ЭТ-1 –  $3,3 \pm 0,142$  пкг/мл) содержание VEGF и ЭТ-1 у беременных с ПОНРП с ФПН I ст. было выше на 15,6 и 18,7 ( $p < 0,05$ ), с ФПН II ст. – на 24,5 и 29,3% ( $p < 0,05$ ) и ФПН III ст. – на 43,8 и 55,9% ( $p < 0,001$ ). Одновременно отмечалась гиперэкспрессия NO (контроль  $18,5 \pm 0,814$  мкМ/л),  $ONO_2^-$  (контроль 0,12 мкМ/л) у пациенток с ФПН I, II и III ст. соответственно на 19,6-31,5%, 33,8-55,4% и 58,1-73,6% ( $p < 0,001$ ) на фоне индукции активности iNOS (контроль  $7,3 \pm 0,285$  мкМ/л/мин) – на 36,2%, 58,9% и 78,4% ( $p < 0,001$ ) и ингибции eNOS (контроль  $20,6 \pm 0,780$  мкМ/л/мин) – на 14,2 ( $p < 0,05$ ), 25,9% ( $p < 0,001$ ) и 38,3% ( $p < 0,001$ ).

Следует отметить, что у беременных с ПОНРП в поздние сроки гестации – 38-40 недель – нарушения были более выражены, чем в сроки беременности 22-28 недель.

На основании полученных данных сделано

**заключение**, что высокий уровень NO связан с инициацией активности iNOS. Последняя повышается как адекватная реакция на угнетение активности eNOS. Экспрессия  $NO$   $ONO_2^-$  оказывает цитотоксический эффект на эндотелий сосудов, что приводит к инициации ЭТ-1, который является мощным вазоконстриктором. Это в свою очередь усиливает процессы васкулогенеза и ангиогенеза, главным образом, через механизмы стимуляции VEGF с целью обеспечения тканей плаценты необходимым количеством кислорода и предотвращения гипоксии.

Таким образом, при ПОНРП увеличивается содержание VEGF, ЭТ-1, уровень токсичных NO и  $ONO_2^-$ , активность iNOS на фоне депрессии eNOS, что, по-видимому, и становится основной причиной развития ФПН и формирования ЭД в системе маточно-плацентарно-плодового комплекса.

\*\*\*

## СТРУКТУРНАЯ И МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРЮШНОГО АОРТАЛЬНОГО СПЛЕТЕНИЯ У СОБАКИ (CANIS LUPUS FAMILIARIS)

**Карпова Я.А.**

г. Ханты-Мансийск, Россия

ПНИЛ, Ханты-Мансийский районный ветеринарный центр

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»,  
Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

г. Омск, Россия

<sup>2</sup>ФГОУ ВПО ИВМиБ ОмГАУ им. П.А. Столыпина  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии

Научные руководители:

<sup>1</sup>Янин В.Л. - д.м.н., профессор,

<sup>2</sup>Шведов С.И. - д.в.н., профессор

Адаптация организма к условиям существования, невозможна без соответствующих изменений в органах и системах, обеспечивающих обмен веществ и регуляцию процессов организма. Взаимосвязь всех этих процессов и их интенсивность осуществляется вегетативным отделом нервной системы [1]. Каждый организм млекопитающего на протяжении всей жизни требует оптимальных условий для роста, развития и функционирования. Одна из главных ролей принадлежит автономной нервной системе, которая участвует в мобилизации его адаптационного потенциала для поддержания гомеостаза и оптимального приспособления к воздействию неблагоприятных факторов. Собака является широко распространенным объектом медицинских и биологических исследований. В литературе имеется достаточный объем исследований, у различных видов животных, посвященных изучению нервов и ганглиев, входящих в состав брюшного аортального сплетения

(Н.В. Зеленецкий, В.С. Пащенко, О.А. Коротовская и др. [2,3,5]). Обобщая сведения из литературы, очевидно, что гистология и морфометрия брюшного аортального сплетения и источников его формирования у собак изучена недостаточно.

**Цель:** Выявление особенностей структурной организации нервов и вегетативных узлов, образующих брюшное аортальное сплетение у собаки (*Canis lupus familiaris*).

**Материалы и методы исследований:** Материалом для исследований служили трупы здоровых беспородных собак, обоих полов, средняя масса 15-20 кг. Для исследования гистологи ческой структуры были взяты наиболее значимые нервные образования: правый и левый симпатические стволы, большие чревные нервы, дорсальный и вентральный стволы вагуса, чревные, краниальный и каудальный брыжеечные ганглии. Отобранный материал фиксировался по общепринятой гистологической

## СЕКЦИЯ «СОВЕТА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ»

методике. Для изучения общей гистологической картины срезы окрашивали гематоксилином - эозином. Эластические волокна выявляли по методу Вейгерта, коллагеновые – по Маллори [4], миелиновые - суданом черным В. Для выявления хромотофильной субстанции срезы окрашивали тионином по Нисслию [6]. Препараты изучали под микроскопом «Биолам Р-17». Микрометрические измерения величины эпи- и периневрия, нервов и нервных стволов, кровеносных сосудов проводили с помощью окуляр – микрометра МОВ-15. Полученный материал подвергнут стандартной статистической обработке.

**Результаты исследования:** Исследования, проведенные нами, позволяют утверждать, что симпатические стволы и большие чревные нервы окружены эпиневрием, представляющим собой оболочку из плотной волокнистой соединительной ткани и состоят из нервных волокон, которые в свою очередь окружены периневрием, представленным плотной соединительной тканью. Форма поперечного сечения симпатических стволов и больших чревных нервов круглая, овальная или эллипсоидная. Наибольшая толщина эпиневрия в симпатических стволах у самца  $116,69 \pm 9,38$  мкм, наименьшая у самки  $23,76 \pm 2,70$  мкм. (таблица 1).

Таблица 1.

**Толщина эпи- и периневрия симпатических стволов (M±m)**

Пол	Правый симпатический ствол			Левый симпатический ствол		
	Эпиневрй, мкм		Периневрий, мкм	Эпиневрй, мкм		Периневрий, мкм
	Тонкий участок	Толстый участок		Тонкий участок	Толстый участок	
1	2	3	4	5	6	7
Самец	63,54±8,95	116,69±9,38	9,15±0,91	51,74±3,65	81,14±5,89	7,80±1,20
Самка	52,98±0,90	73,57±2,68	10,21±0,92	23,76±2,70	66,88±10,09	8,62±2,07

Примечание: \* P<0,05

В больших чревных нервах максимальное количество безмиелиновых волокон у самца, справа  $85,30 \pm 0,77\%$ , а наименьшее у самки справа  $82,54 \pm 0,94\%$ . Максимальная толщина эпиневрия больших чревных нервов у самца справа  $84,70 \pm 7,92$  мкм, а минимальная у самки слева  $31,00 \pm 3,34$  мкм (таблица 2). В ходе проведенных исследований выявлено, что большие чревные нервы состоят из одного или двух нервных пучков, которые в свою очередь состоят их разных нервных волокон, среди которых преобладают безмиелиновые. Толстые миели-

новые волокна у самца и самки имеются только в левом чревном нерве и составляют соответственно  $0,77 \pm 0,05\%$  и  $0,36 \pm 0,36\%$  (таблица 3).

Дорсальный и вентральный стволы вагуса состоят из одного – двух пучков. Форма поперечного сечения округлая. Наибольшая толщина эпиневрия дорсального ствола у самца  $86,68 \pm 5,09$  мкм, наименьшая у самки  $45,09 \pm 1,44$  мкм. Максимальная толщина эпиневрия вентрального ствола у самца  $146,26 \pm 2,25$  мкм, минимальная у самки  $83,38 \pm 0,74$  мкм (таблица 4).

Таблица 2.

**Толщина эпи- и периневрия больших чревных нервов (M±m)**

Пол	Правый чревный нерв			Левый чревный нерв		
	Эпиневрй, мкм		Периневрий, мкм	Эпиневрй, мкм		Периневрий, мкм
	Тонкий участок	Толстый участок		Тонкий участок	Толстый участок	
1	2	3	4	5	6	7
Самец	48,92±4,03	84,70±7,92	9,12±0,42	37,16±5,32	79,66±4,30	8,86±0,51
Самка	33,34±2,68	76,69±7,57	9,68±0,50	31,00±3,34	63,24±2,48	7,68±0,42

Примечание: \* p<0,05

Таблица 3.

**Соотношение различных типов нервных волокон в большом чревном нерве (M±m)**

Большие чревные нервы	Пол	Количество Пучков	Относительное содержание различных типов Нервных волокон %			
			Толстые	Средние	Тонкие	Безмиелиновые
1	2	3	4	5	6	7
Правый	Самец	1-2	-	5,61±0,46	9,06±1,24	85,30±0,77
	Самка	1-2	-	7,68±0,35	9,75±0,58	82,54±0,94
Левый	Самец	1-2	0,77±0,05	4,32±0,68	11,33±0,36	84,00±0,67
	Самка	1-2	0,36±0,36*	4,99±0,83	9,79±0,42	84,83±1,62

Примечание: \* p<0,05



## СЕКЦИЯ «СОВЕТА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ»

Таблица 4.

**Толщина эпиневрий и периневрий дорсального и вентрального стволов вагуса (M±m)**

Ствол Вагуса	Пол	Собака домашняя		
		Эпиневрий, мкм		Периневрий, мкм
		Тонкий участок	Толстый участок	
1	2	3	4	5
Дорсальный	Самец	49,08±0,32	89,68±5,09	8,01±0,89
	Самка	45,09±1,44	83,19±2,89	6,7±0,35
Вентральный	Самец	88,53±8,43	146,26±2,25	10,03±1,25
	Самка	83,38±0,74	112,69±2,51	8,77±0,31

Примечание: \* P<0,05

Преобладающее количество нервных волокон в дорсальном и вентральном стволах вагуса приходится на безмиелиновые волокна. Форма поперечного сечения круглая или овальная. В эпинев-

рии обнаруживаются кровеносные сосуды. Соотношение миелиновых и безмиелиновых волокон отражено в таблице 5.

Таблица 5.

**Количество пучков и соотношение различных типов нервных волокон в дорсальном и вентральном стволах вагуса (M±m)**

Ствол вагуса	Пол	Количество Пучков	Относительное содержание различных типов Нервных волокон %			
			Толстые	Средние	Тонкие	Безмиелиновые
1	2	3	4	5	6	7
Дорсальный	Самец	1-2	0,92±0,92*	4,31±1,24*	10,32±2,63*	84,42±4,80
	Самка	1-2	-	1,38±0,35*	5,65±0,46	92,99±0,82
Вентральный	Самец	1-2	-	0,98±0,02	4,90±0,86	94,58±0,35
	Самка	1-2	-	0,90±0,01	3,64±0,89*	94,98±1,35

Примечание: \* p<0,05

Краниальный брыжеечный ганглий находится за адвентицией одноименной артерии. Толщина капсулы различна, тут, вдоль мелких нервов идут лимфатические и кровеносные сосуды гемомикроциркуляторного русла. Внутри ганглия, где нервные волокна пересечены поперек, или в местах локализации нейроцитов, встречаются мелкие кровеносные сосуды. Нейроциты, нервные волокна и глиоциты располагаются плотно и легко дифференцируются при всех методиках окраски. Ядра глиальных клеток окрашены интенсивнее, чем у нейроцитов. Коллагеновые волокна плотные, четкие. Более рыхлый по окраске рисунок коллагеновых волокон характерен для участков локализации нейроцитов. Эластические волокна располагаются также как и коллагеновые. Капсула окрашивается плотнее, чем ганглий.

Чревные ганглии округло-овальной формы. За капсулой, располагаются нервные стволы и ветви, с различной формой сечения и размерами. Наибольший диаметр нервных стволов не превышает 205,6 мкм., диаметр сосудов находящиеся в капсуле варьирует от 27,6 до 46,8 мкм. Все названные сосуды мышечного типа. В капсуле встречаются также вены, размером от 10,4 до 15,2 мкм. Нейроциты внутри

ганглия располагаются группами. Ядра нейроцитов от ядер глиоцитов отличаются большими размерами. На тонких участках капсулы находятся лимфатические сосуды и капилляры. Окраской по Маллори между нервными волокнами всегда выявляются тонкие, но четкие коллагеновые волокна.

В каудальном брыжеечном ганглии со стороны одноименной артерии в рыхлой соединительной ткани находятся различного калибра кровеносные, лимфатические сосуды и нервы. Внутренний слой капсулы сформирован четкими соединительнотканными волокнами, а в наружном слое на отдельных участках волокнистое строение не выражено. Внутри ганглия мелкие кровеносные сосуды упорядоченного направления не имеют. Крупные артерии локализуются латерально от середины ганглия. Диаметр артерий от 114,4 мкм до 116,8 мкм. Нейроциты распределены неравномерно. При любой плотности расположения нейроцитов их ядра располагаются эксцентрично и хорошо просматриваются.

Ядерно – цитоплазматическое отношение в краниальном брыжеечном, чревных и каудальном брыжеечном ганглиях, значительных отличий не имеет (таблица 6).

Таблица 6.

**Ядерно-цитоплазматическое отношение нейроцитов в краниальном брыжеечном, чревных и каудальном брыжеечном ганглиях**

Название ганглия	S цитоплазмы (мм <sup>2</sup> )	S ядра (мм <sup>2</sup> )	ЯЦО (%)
1	2	3	4
Краниальный брыжеечный	813,25±82,08	140,77±9,07	0,17±0,01
Чревный	526,60±39,09	104,00±15,73	0,20±0,03
Каудальный брыжеечный	597,30±100,74	129,97±11,81	0,23±0,32

**Заключение:** В ходе исследования установлено, что все структурные компоненты брюшного аортального сплетения морфологически взаимосвязаны. Величина эпи- и периневрия и соотношение миелиновых и безмиелиновых волокон в нервных стволах имеет половые отличия. В ганглиях выявлены нейроцитогемомикроциркуляторные комплексы, свидетельствующие о преимущественно модульном принципе структурной организации ганглиев. Ганглии имеют разветвленную сосудистую сеть с характерными особенностями. В капсуле имеются кровеносные и лимфатические сосуды. В изученных ганглиях у нейроциты располагаются попарно или группами до пяти клеток. Наименьшая плотность нейроцитов в местах отхождения нервных стволов.

**Литература**

1. Акаевский, А.И. Анатомия домашних животных / А.И. Акаевский.- М.; 1975.- 591 с.
2. Зеленецкий, Н.В. Анатомия собаки / Н.В. Зеленецкий, и др.- СПб.:1997.-340 с.
3. Коротовская, О.А. Морфология каудального брыжеечного ганглия и ганглиев тазового сплетения у представителей семейств собачьих и куньих: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. вет. наук/ О.А. Коротовская. - Омск, 2010. - 18 с.
4. Меркулов, Г.А. Курс патологистологической техники / Г.А. Меркулов. Л.: Медицина, 1969. - 424с.
5. Пащенко, В. С. Артерии органов брюшной полости собак и их автономные нервные сплетения: автореф. дис. канд. вет. наук / В. С. Пащенко. - Оренбург, 1999. - 18 с.
6. Гистологическая техника: уч. пособ. для студ. мед. вузов / В. В. Семченко, С. А. Барашкова, В. Н. Артемьев. - 2-е изд., стереотип. - Омск: Изд-во Омской гос. мед. акад., 2003. - 144 с.

\*\*\*

**ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ЗА ПЕРИОД ОКТЯБРЬ-НОЯБРЬ 2012Г., В ОКБ ХМАО-ЮГРЫ**

<sup>1</sup>Кляцкий Д.А., <sup>1</sup>Ратиев А.В., <sup>1</sup>Волков А.В.,

<sup>2</sup>Иванова А. А., <sup>2</sup>Федич А. С., <sup>1</sup>Некрасова Л.Ф., <sup>1</sup>Видергольд И.А., <sup>1</sup>Шевелев П.А.

г. Ханты-Мансийск, Россия

<sup>1</sup>Учреждение ХМАО - Югры "Окружная клиническая больница"

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Научные руководители:

<sup>1</sup>Еломенко М.С., зав. урологическим отделением ОКБ ХМАО-Югры,

<sup>2</sup> Аксёнов В.В. - к.м.н., доцент

**Резюме.** Эффективным неинвазивным методом лучевой диагностики при почечной колике по-прежнему являются обзорная урография (ОУ) и экскреторная урография (ЭУ). Они должны применяться в комплексе с УЗИ мочевыводящей системы, лабораторными данными, а также с оценкой данных объективного обследования, состояния пациента в динамике и эффективности консервативной литокинетической терапии.

**Ключевые слова:** почечная колика, обзорная и экскреторная урографии, УЗИ в динамике, диагностика и лечение мочекаменной болезни.

**Актуальность.** Мочекаменная болезнь, или уролитиаз, — одно из наиболее частых урологических заболеваний и встречается не менее чем у 1-3 % населения, причем наиболее часто у людей в трудоспособном возрасте — 20-50 лет. Больные уролитиазом составляют 30-40 % всего контингента урологических стационаров. В настоящее время в развитых странах мира из 10 млн. человек 400 тыс. страдают мочекаменной болезнью. Ежегодно регистрируется 85 тыс. заболеваний мочекаменной болезнью, при этом 62 тыс. из них — рецидивные камни. Ежегодный уровень первичной заболеваемости мочекаменной болезнью составляет 0,1 % [1].

Одним из вариантов проявления мочекаменной болезни является почечная колика. Почечная колика — это клинический синдром, представляющий собой острый болевой приступ, возникающий вследствие внезапной окклюзии верхних мочевых путей на том или ином уровне, в результате чего нарушается отток мочи из почки. Этот симптомокомплекс не является нозологической единицей. Вместе с тем, в практической работе при оказании неотложной урологической помощи он широко используется в качестве рабочей диагностической гипотезы. Сам термин «колика» происходит от греческого «κολοπ» (кишка), а использовался он для обозначения характерных «почечных» болей потому, что ранее они считались проявлением кишечных заболеваний [2].

Число больных с почечной коликой среди пациентов с острой урологической патологией достигает 39%. При нефролитиазе частота почечной колики составляет 70%, а при уретеролитиазе достигает 90% [1].

Все многообразие причин нарушения оттока мочи из почки с развитием синдрома почечной колики можно свести в следующие группы:

обтурация верхних мочевых путей конкрементами, конгломератами кристаллов мочевых солей; сгустками крови, гноя, слизи; комочками некротической ткани или опухоли; казеозными массами; стриктуры, перегибы мочеточников; нефроптоз (боль обусловлена не только нарушением пассажа мочи, но и острым расстройством кровоснабжения почки); сдавление мочеточника извне гематомой при разрыве аневризмы или при повреждении брюшной аорты; опухоли лоханки, мочеточников; острый отек слизистой оболочки мочевых путей и их спазм при воспалительных и аллергических заболеваниях почек и мочеточников (пиелонефрит, уретрит); нарушения уродинамики при нейрогенных расстройствах мочевых путей (дискинезия, ахалазия); рефлекторные спазмы верхних мочевых путей при острых заболеваниях органов живота и таза [2].

Остро возникшее механическое препятствие току мочи сопровождается сегментарным спазмом вышележащих отделов мочевых путей, что в целом вызывает ряд последующих патофизиологических процессов. Пусковую роль играет повышение внутрилоханочного давления, которое может достигать 100 мм рт. ст. Это, в свою очередь, ведет к повышению внутривагивного, канальцевого, внутривагивного, капсулярного давлений. При этом рефлекторно развивается спазм артерий и венозный стаз; затрудняется и замедляется артериальный кровоток, следствием чего являются интерстициальный отек и ишемия почки, перерастяжение фиброзной капсулы, замедление лимфооттока от почки. Некоторые из этих изменений вызывают раздражение густой сети нервных болевых рецепторов, которыми богато снабжены многие анатомические структуры почек

(фиброзная капсула, стенка лоханки, периваскулярная клетчатка), что и формирует чувство боли, свойственное почечной колике.

Наряду с морфофункциональными изменениями мочевых путей и нарушениями кровообращения в почках при почечной колике страдает также процесс мочеобразования: снижается клубочковая фильтрация, повышается канальцевая реабсорбция, усиливается форникальная резорбция. Чрезмерное повышение внутривагивного и внутривагивного давления может вызывать разнообразные пиелоренальные рефлюксы, экставазацию мочи в почечный синус и околопочечную клетчатку.

Клинически в типичных случаях почечная колика проявляется возникновением резких схваткообразных болей в поясничной области (обычно в том либо другом реберно-позвоночном углу), почти всегда односторонних. Начинается такой болевой приступ чаще внезапно, среди полного покоя и благополучия, без каких-либо внешних причин, днем или ночью во время сна. Реже его возникновению предшествует физическая нагрузка, усиленная длительная ходьба, тряская езда. Боль острая, режущая, ни с чем несравнимая, часто столь интенсивная и нестерпимая, что даже молодые крепкие люди теряют самообладание, стонут, мечутся, стремятся принять положение, которое бы облегчило страдание, но не находят его. Иногда больной оказывается совершенно обессиленным и даже может впасть в обморочное состояние.

Боли при почечной колике лишь изредка остаются локализованными. Как правило, они распространяются вниз по ходу мочеточника в подвздошную, паховую области, медиальную поверхность бедра, наружные половые органы. Чем ниже место окклюзии мочеточника, тем ниже распространяется боль. Когда камень опускается в мочевой пузырь или совсем выходит наружу, боль сразу прекращается и наступает полное облегчение.

Однако клинические проявления почечной колики далеко не всегда являются столь характерными. Нередко боли распространяются в подложечную область, по всему животу, в область «здоровой» почки и даже могут иррадиировать в грудь, верхние конечности. Иногда боль первично, с самого начала локализуется в паховой области, половых органах, что наиболее часто наблюдается при окклюзии юкставагивального отдела мочеточника.

Продолжительность почечной колики может быть самой различной: от нескольких минут до нескольких часов и даже суток. При этом боли могут то усиливаться, то ослабевать. Интервалы между приступами почечной колики также различны: от нескольких дней до многих месяцев и даже лет. Прекращение болевого приступа наступает после восстановления оттока мочи по верхним мочевым путям.

Помимо болей почечной колике свойственны

и другие клинические признаки, из которых наиболее частыми являются учащенное и болезненное мочеиспускание, болезненность пальпации по ходу мочеоточника, положительный симптом Пастернацкого.

Важным признаком служит также появление крови в моче после приступа почечной колики, когда восстанавливается отток мочи из пораженной почки. В то же время на высоте приступа изменения в моче могут отсутствовать, так как при окклюзии мочеточника моча из заблокированной почки не выводится и таким образом исследуется моча только из непораженной почки.

Наряду с типичными признаками при почечной колике нередко определяются и нехарактерные для нее симптомы. Такими атипичными проявлениями являются тошнота, рвота, метеоризм, парез кишечника, которые имитируют картину острого живота. При этом наиболее часто почечную колику приходится дифференцировать с острым аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, прикрытой перфорацией язвы желудка или 12-перстной кишки, непроходимостью кишечника. В ряде атипичных случаев клиническая картина почечной колики у женщин может напоминать некоторые гинекологические заболевания.

Дифференциальная диагностика почечной колики с острыми заболеваниями живота и таза чрезвычайно важна, так как лечебные мероприятия при них диаметрально противоположны, а ошибки диагностики чреваты тяжелыми последствиями. Вторым вопросом, без ответа на который также невозможно проведение адекватной полноценной терапии, является определение причины развития почечной колики.

Для обследования больных с клиническим синдромом почечной колики могут использоваться различные способы медицинской визуализации. Каждый из них обладает как определенными достоинствами, так и некоторыми недостатками, что следует учитывать при определении объема и тактики лучевого обследования этих пациентов, а также последовательности использования лучевых методов.

До сих пор остается дискуссионным вопрос о целесообразности применения ЭУ, т.к. существуют иные методы лучевой диагностики: МСКТ и МРТ-урография [2,3].

**Целью представляемого исследования** является стремление поделиться нашим опытом выполнения экскреторных урографий, по неотложной помощи, при почечной колике или подозрении на таковую, с рассмотрением ближайших результатов клинко-рентгенологического пособия.

*Научная новизна:* 1. Впервые на базе ОКБ ХМАО- Югры проведен анализ применения ОУ и ЭУ у пациентов, поступивших по неотложной помощи, с почечной коликой. 2. Впервые изучена и доказана эффективность применения ОУ и ЭУ на этапе оказа-

ния неотложной помощи.

3. Впервые выявлено преобладание рентгеногативных камней, верифицированных при операции или при микции. 4. Впервые выявлено преобладание впервые выявленных пациентов, с диагнозом МКБ, подтвержденными при операции или микции.

**Материалы и методы.** В период с октября по ноябрь 2012 г. в рентгенотделении Окружной клинической больницы Ханты-Мансийского автономного округа - Югры (ОКБ ХМАО-Югры) было выполнено экстренных экскреторных урографий 46 пациентам, по поводу почечной колики или подозрения на таковую. Экскреторная (выделительная) урография была применена в 100, 0% случаев, после консультации уролога или дежурного хирурга. Все исследования проводились в условиях рентгенкабинетов, с использованием цифровых методик. Выделительные урографии выполнялись без подготовки, по стандартной методике, принятой в рентгеноотделении ОКБ ХМАО-Югры (в положении лежа : обзорная урография, до введения контраста, после введения контраста 7 мин., 14 мин., и 21 мин – в положении стоя. В части наблюдений были выполнены отсроченные урограммы. Использовались кассеты на запоминающих люминофорах. Внутривенное контрастирование осуществлялось с помощью раствора ксенетикс или оптирей -300. Нежелательных реакций и осложнений не наблюдалось.

**Результаты и обсуждение.** При анализе нами выделено три группы пациентов в зависимости от результатов экскреторной урографии (ЭУ).

1 группа – пациенты, у которых при ЭУ определялась R-картина блока почки с одной стороны, сообразно локализации болевого синдрома, или с рентгенпризнаками рентгенпозитивного камня почки или мочеточника, или с односторонним замедлением выделительной функции почек. Всего в этой группе было 24 пациента. Средний возраст пациентов составил 40,66 лет. Самой молодой пациентке 18 лет, а самому старшему мужчине 63 года. Мужчин- 15, женщин- 9. Все пациенты были доставлены в ЛПУ по экстренным показаниям, с диагнозом почечная колика. У 15 пациентов отсутствовали указания в анамнезе на почечную патологию (т.е. острое заболевание, впервые выявленное) и у 9 пациентов были указания в анамнезе на МКБ (уролитиаз) или даже литотрипсию, в различные сроки. Большая часть пациентов предъявляла жалобы на боли в поясничной области справа или слева, чаще выраженные, с иррадиацией по соответствующему флангу. У некоторых мужчин боль иррадиировала в одновременный пах и яичко. Боли носили приступообразный характер и могли кратковременно купироваться спазмолитиками, но в дальнейшем возобновлялись. При осмотре имелись явно выраженные локальные симптомы: болезненная пальпация в области соответствующей почки, положительный симптом поко-

лачивания, болевые ощущения по ходу мочеточника при пальпации. По характеристикам мочеиспускания у большинства пациентов отмечались затруднения или даже болезненность при мочеиспускании, учащение мочеиспускания, реже по типу олигоурии. Моча могла быть мутноватой или даже цвета пива, у некоторых моча была соломенно-желтого цвета, прозрачная. Пациенты осматривались врачом приемного отделения, затем урологом. Как правило, предварительным диагнозом выставлялась почечная колика или МКБ и камень мочеточника. По cito назначались общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), УЗИ абдоминальное + почек или только УЗИ почек, биохимический анализ крови (креатинин), а также экскреторная урография. У части пациентов были выполнены отсроченные урограммы. Следует отметить, что обзорная и экскреторная урографии вынужденно выполнялась без подготовки пациентов, то есть без диеты и очищения кишечника. Это, безусловно, в дальнейшем ухудшало интерпретацию обзорных и экскреторных урограмм. Выполнение нативной, обзорной урограммы считается необходимым, т.к. она позволяет выявить наличие, размеры и локализацию рентгенопозитивных камней и обызвествлений, а также оценить состояние поясничных мышц и костных структур, видимых на рентгенограмме. Кроме того, большей части пациентов было выполнено повторное УЗИ почек, с целью выявления динамики по ЧЛС и начальному отделу мочеточника.

При УЗИ, в остром периоде, в данной группе, были обнаружены следующие изменения: одностороннее расширение ЧЛС-7; уrolитиаз и одностороннее расширение ЧЛС-11; камень в чашечке почки (5мм)-1; пиелокаликоектазия с одной стороны и каликоэктазия с другой стороны-2; уретеропиелокаликоектазия-2; уrolитиаз+пиелокаликоектазия с одной стороны и каликоэктазия с другой стороны.-1.

Таким образом, проведение УЗИ в остром периоде позволяло выявить различные варианты расширения ЧЛС, а также наличие конкрементов почек и начального отдела мочеточника. Все УЗИ были выполнены в кабинетах отделения ультразвуковой диагностики ОКБ ХМАО- Югры. Однако, выполнение экстренного УЗ - обследования не всегда возможно, например в праздничные, выходные дни, а также в ночное время суток.

На обзорных урограммах, в данной группе, было выявлено следующее: избыточное количество газа и кишечного содержимого в кишечных петлях-20; подозрения на R-контрастные камни в мочеточнике- 4; R-контрастных теней в проекции почек и МВП не выявлено- 15; R-контрастная тень (конкремент в одной из почек)- 2; тени флеболитов в малом тазу- 2; двусторонние конкременты в почках-1.

**По данным ЭУ, в данной группе, были выявлены следующие рентгенологические изменения:**

№ п/п	Обнаружены изменения	Количество
1	2	3
1.	R-картина блока почки с одной стороны.	14
2.	Камень в чашечке почки.	1
3.	R-признаки конкремента нижней трети мочеточника.	1
4.	R-картина блока почки с одной стороны и нефроптоз другой почки.	2
5.	R-картина блока почки с одной стороны и каликоэктазия в другой почке.	1
6.	R-признаки конкремента лоханочно-мочеточникового сегмента и сопутствующая каликопиелоектазия в этой же почке.	1
7.	Замедление выделительной функции одной из почек.	2
8.	Уретерогидронефроз со стазом контраста до нижней трети мочеточника.	1
9.	Замедленная выделительная функция одной из почек и R-картина удвоения другой почки.	1

Таким образом, выполнение ЭУ позволило выявить наличие односторонней обструкции верхних мочевых путей и её характер (полная, неполная), наличие конкремента и на каком уровне почки или мочеточника располагается, наличие информации о состоянии второй почки.

Отсроченные урограммы дают определенную информацию по определению уровня обструкции, позволяют определить функциональную способность почки, иногда дифференцировать мочевой конкремент от флеболита или кишечного камня.

После проведения ЭУ, а иногда и отсроченной урограммы (рис. 1), урологом или урологами комплексно оценивались все данные: динамика болевого синдрома, состояние пациента, данные УЗИ и ЭУ, лабораторные данные. Соответственно выбиралась та или иная тактика дальнейшего лечения: продолжение консервативной литолитической терапии или оперативное вмешательство.

Успешная консервативная литолитическая терапия, в данной группе, отмечена у 7, из 24 пациентов – быстрое и стойкое купирование болевого синдрома, визуализация отхождения камней пациентом при мочеиспускании или клинические признаки отхождения камня, нормализация анализов мочи, отсутствие дизурических расстройств и затрудненное мочеиспускание с достаточным диурезом. При контрольном УЗИ отмечалось уменьшение ретенции ЧЛС на стороне поражения.



а



б

Рис. 1 а, б. 21-я. (а) мин. контрастирования. Правая почка - нормальное контрастирование неизмененных ЧЛС и мочеточника. Левая почка – в нефрофазе, мочеточник не контрастирован. б) на 180 мин контрастирования отмечаются следы контраста в ЧЛС справа, слева слабо контрастировалась ЧЛС, контрастировался левый мочеточник, не расширен. Контуры мочевого пузыря четкие, ровные.

Оперативное вмешательство выполнено у 17 пациентов. Операции предшествовала консультация врача анестезиолога –реаниматолога. Обезболивание – эпидуральная анестезия.

**Были проведены следующие урологические операции:**

№ п/п	Вид операции	Количество
1	2	3
1.	Удаление конкремента из интрауретерального отдела мочеточника.	2
2.	Удаление конкремента из юкставезикального отдела мочеточника.	1
3.	Удаление конкремента из нижней трети мочеточника.	5
4.	Гольмиево- лазерная контактная литотрипсия.	1
5.	Уретероскопическая визуализация конкремента в нижней чашке почки.	1
6.	Уретероскопическая визуализация конкремента в лоханке.	1
7.	Уретеропиелоскопия, ретроградная уретеропиелография со стентированием.	2
8.	Уретеропиелоскопия, бужирование мочеточника и стентирование.	2
9	Транскутанная установка нефростомы	1

Всего было оперативно удалено или визуализировано 15 (пятнадцать) камней (мочевых конкрементов).

Таким образом, в данной группе из 24 пациентов, в 16 наблюдениях были достоверно обнаружены камни в мочеточнике (у 9) или почках (у 6) и 1 неясной локализации. Из них впервые у 11 пациентов. Из 16 камней 15 были верифицированы при операции и 1 визуально пациенткой при мочеиспускании. 14 камней были рентгенонегативными и только 2 рентгенопозитивными. Размеры камней колебались от 3 мм до 20 мм.

Суммарно в данной группе окончательный диагноз: МКБ, камень почки определен у 5 пациентов, МКБ, камень в мочеточнике у 19 пациентов.

2-я группа – пациенты, у которых на обзорной урограмме или при ЭУ не определялись R-картина блока почки с одной стороны, сообразно локализации болевого синдрома, или рентгенпризнаки рентгенопозитивного камня почки или мочеточника, но определялись какие-либо односторонние изменения ЧЛС или мочеточника: расширение или удвоение почки или деформация ЧЛС. Могли быть сочетания с нефроптозом или ротацией, или односторонним замедлением выделительной функции почки. Всего в этой группе было 13 пациентов. Средний возраст пациентов составил 50,9 лет. Самой молодой пациентке 24 года, а самой старшей, 82 года. Муж-

чин- 6, женщин- 7. Большая часть пациентов была также доставлена в ЛПУ по экстренным показаниям, с диагнозом почечная колика. У 8 пациентов отсутствовали указания в анамнезе на почечную патологию (т.е. острое заболевание, впервые выявленное) и у 5 пациентов были указания в анамнезе на МКБ (уролиаза) или даже литотрипсию, в различные сроки. Характер жалоб, данные осмотра, характеристики мочеиспускания и изменений мочи во многом соответствовали таковым по пациентам 1-й группы. Однако у части больных жалобы были менее выраженными, также как и болевой синдром. Аналогичными первой группе были назначения обследований, по cito. Предварительным диагнозом выставлялась почечная колика или МКБ и камень мочеточника.

При УЗИ, в остром периоде, были обнаружены следующие изменения: МКБ. Пиелокаликоэктазия с обеих сторон. Кисты обеих почек.-1; пиелокаликоэктазия односторонняя. МКБ.-3; пиелокаликоэктазия.-1; кисты обеих почек. Диффузные изменения паренхимы почек.-2; единичные мелкие конкременты в одной из почек и паренхиматозная перетяжка в другой почке-1; МКБ. Односторонняя каликоэктазия и нефроптоз с другой стороны-1; уролиаза. Каликоэктазия односторонняя.-1; МКБ. Пиелокаликоэктазия слева. Частичный блок по мочеточнику слева-1; без патологии-1; УЗИ не проводилось-1.

Таким образом, проведение УЗИ в остром периоде позволяло выявить различные варианты расширения ЧЛС, а также наличие конкрементов почек и начального отдела мочеточника.

На обзорных урограммах было выявлено следующее: R-контрастных теней в проекции почек и МВП не выявлено-6; R-контрастная тень, конкремент в одной из почек- 1; тени флеболитов в малом тазу-2; R-контрастная тень в малом тазу-4.

**По данным ЭУ были выявлены следующие рентгенологические изменения:**

№ п/п	Обнаружены изменения	Количество
1	2	3
1.	Каликопиелоектазия односторонняя.	3
2.	Каликопиелоуретероектазия односторонняя.	2
3.	Пиелоектазия с двух сторон и нефроптоз с одной (1 ст.)	1
4.	Деформация ЧЛС с одной стороны.	2
5.	Ротация обеих почек. Нефроптоз справа (1 ст.). Каликопиелоектазия односторонняя.	1
6.	Полное удвоение одной из почек.	1
7.	Каликоэктазия с одной стороны, Нефроптоз 1 ст. с одной стороны, неполное удвоение почки.	1
8.	Каликоэктазия с одной стороны.	1
9.	Каликопиелоектазия и замедление выделительной функции с одной стороны.	1

После проведения ЭУ, а иногда и отсроченной урограммы, урологом или урологами также комплексно оценивались все данные: динамика болевого синдрома, состояние пациента, данные УЗИ и ЭУ, лабораторные данные. Соответственно выбиралась та или иная тактика дальнейшего лечения: продолжение консервативной литолитической терапии или оперативное вмешательство.

Успешная консервативная литолитическая терапия, в данной группе, отмечена у 9 пациентов - стойкое купирование болевого синдрома, клинические признаки отхождения камня, нормализация анализов мочи, отсутствие дизурических расстройств и незатрудненное мочеиспускание с достаточным диурезом. При контрольном УЗИ отмечалось уменьшение ретенции ЧЛС на стороне поражения.

Оперативное вмешательство выполнено у 5 пациентов. Операции предшествовала консультация врача анестезиолога – реаниматолога. Обезболивание – эпидуральная анестезия. Были проведены следующие урологические операции:

№ п/п	Вид операции	Количество
1	2	3
1.	Уретероскопия, уретеролитотрипсия.	1
2.	Уретероскопия, литоэкстракция, стентирование мочеточника.	1
3.	Трансуретральная уретеропиелоскопия, контактная литотрипсия, литоэкстракция. Стентирование мочеточника.	1
4.	Трансуретральная уретеропиелоскопия, контактная гольмио-лазерная пиелотитотрипсия.	1
5.	Цистоскопия, щипковая биопсия.	1

Всего было оперативно удалено или визуализировано 4 (четыре) камня (мочевых конкрементов). Таким образом, в данной группе из 13 пациентов, в 4 наблюдениях были достоверно обнаружены камни в мочеточнике (у 3) или почках (у 1). Из них впервые диагностированы у 3 пациентов. Все камни были верифицированы при операции, все камни были рентгенонегативными. Размеры камней колебались от 3 мм до 15 мм.

Суммарно в данной подгруппе окончательными диагнозы выглядели так: МКБ, камень почки-1, МКБ, камень в мочеточнике - у 6 пациентов, МКБ, солевая колика – 2, МКБ, кисты почек-2, удвоение почки-1, цистит-1.

3-я группа – пациенты, у которых при ЭУ не определялись какие-либо рентгенологические признаки патологии, то есть условная норма. Всего в этой группе было 9 пациентов. Средний возраст пациентов составил 37, 6 лет. Самой молодой пациентке было 22 года, а самой старшей- 66 лет. Мужчин- 3, женщин- 6. Большая часть пациентов была также доставлена в ЛПУ по экстренным показаниям,

с диагнозом почечная колика. У 6 пациентов отсутствовали указания в анамнезе на почечную патологию (т.е. острое заболевание, впервые выявленное) и у 3 пациентов были указания в анамнезе на МКБ (уролитиаз) или даже литотрипсию, в различные сроки. Характер жалоб, данные осмотра, характеристики мочеиспускания и изменений мочи во многом соответствовали таковым по пациентам 1-й и 2-й групп. Однако у части больных жалобы были менее выраженными, также как и болевой синдром. Аналогичными первой и второй группе были назначения обследований, по cito.

При УЗИ, в остром периоде, были обнаружены следующие изменения: уrolитиаз-1; пиелоктазия односторонняя-1; уrolитиаз и односторонняя каликоэктазия- 2; каликоэктазия односторонняя-2; уrolитиаз и односторонняя пиелокаликоэктазия.-1; без патологии-2.

Таким образом, проведение УЗИ в остром периоде позволяло выявить различные варианты расширения ЧЛС, а также наличие конкрементов почек и начального отдела мочеточника.

На обзорных урограммах было выявлено следующее: R-контрастные тени в малом тазу-1; R-контрастная тень в средней трети мочеточника-1; без патологии-7. По данным ЭУ, у всех 9 пациентов выделительная функция почек не была нарушена.

После проведения ЭУ, а иногда и отсроченной урограммы, урологом или урологами комплексно оценивались все данные: динамика болевого синдрома, состояние пациента, данные УЗИ и ЭУ, лабораторные данные. Соответственно выбиралась тактика дальнейшего лечения. В 6 наблюдениях не выявлено данных за острую урологическую патологию (обструктивную уропатию). Из них в 2 наблюдениях был диагностирован односторонний пиелонефрит, острый - одно наблюдение и обострение хронического - второе наблюдение. Пролечены с хорошим эффектом. Еще в одном случае выявлен сальпингоофорит. В одном наблюдении выставлен диагноз уrolитиаз, клиническое отхождение камня нижней трети мочеточника, в результате консервативной литокинетической терапии.

Интраоперационное исследование МВС в данной группе выполнено у одной пациентки, перед этим в течение 5 часов проводилась консервативная литокинетическая терапия, но болевой синдром не был купирован. Операция: трансуретральная уретеропиелоскопия слева, биопсия лоханки левой почки, биопсия мочевого пузыря (при последующем патоморфологическом исследовании в обоих случаях), стентирование левого мочеточника. При операции выявлено сужение в интрамуральном отделе левого мочеточника протяженностью 0,5 см., проходим для уретерореноскопа. Явление пиелита верхней группы

чашечек. Конкрементов в лоханке, чашечках и мочеточнике не выявлено. Основной диагноз: острый левосторонний пиелонефрит. Конкурентный диагноз: уrolитиаз, солевая почечная колика слева.

Суммарно по всей группе, из 46 пациентов, диагноз МКБ, камень почки определен у 7 пациентов; МКБ, камень в мочеточнике у 26 пациентов; МКБ, солевая колика у 2 пациентов; МКБ + кисты обеих почек-2; пиелонефрит -2; удвоение почки-1; цистит-1; сальпингоофарит-1; данных за острую урологическую патологию не выявлено-4. Интраоперационное исследование мочевыделительной системы выполнено у 21 пациента, цистоскопия у 1 пациентки, консервативная литолитическая терапия у 20 пациентов. Из 22 пациентов с камнями МВС, выявленными при интраоперационном исследовании (у 21) или при обнаружении камня в моче при микции (у 1), впервые выявленные камни были у 16 человек.

### Выводы:

1. Экскреторная урография (ЭУ) по-прежнему является одним из объективных и доступных на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровне, неинвазивным методом лучевого исследования.
2. ЭУ обязательно должна предшествовать обзорной урографии.
3. Чувствительность ЭУ, по нашим наблюдениям, составляет 100 % по выявлению обструкции, по отношению уровня обструкции – 70 %.
4. Существенное значение имеет также применение УЗИ МВС, в динамике.
5. Среди пациентов с камнями мочеточников или почек, верифицированных при интраоперационном исследовании или визуально при микции, явно преобладают вновь выявленные пациенты.
6. Подавляющее большинство верифицированных камней являются рентгеногегативными.
7. В целях ускорения обследования пациентов с почечной коликой, и контроля последующего лечения, целесообразно приближение УЗИ, к приемному и урологическому отделениям.
8. В дальнейшем, вероятно, необходима УЗ-специализация для урологов.

### Литература

1. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь/ О.Л. Тиктинский, В.П.Александров.- СПб.: Издательство «Питер», 2000.- 384с.
2. Ищенко Б.И., Громов А.И. Лучевое обследование больных с синдромом почечной колики: метод. пособие/ Б.И.Ищенко, А.И. Громов.- СПб.: Элби-СПб, 2006.-29с.
3. Буйлов В.М. Экскреторная урография в современном алгоритме лучевой диагностики в урологии/ В.М. Буйлов// Урология.-2009.-№ 4.-С.67 – 74.



\*\*\*

**ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ  
У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ СИНДРОМОМ**

**Косарев А.Н., Кот Т.Л.**

г. Ханты-Мансийск, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра госпитальной терапии с курсом скорой и неотложной медицинской помощи

Научный руководитель:

Рагозин О.Н. – д.м.н., профессор

Опыт последних лет работы свидетельствует о тенденции к утяжелению симптоматики и течения большинства нозологических форм у пациентов наркологического профиля. Негативные эффекты этилового спирта обусловлены нарушениями обмена веществ в клетках органов, которые возникают из-за постоянного действия как самого яда, так и его метаболитов (ацетальдегида, уксусной кислоты и алкольных эфиров жирных кислот) (В.В. Афанасьев, 2001). Прекращение приема алкоголя вызывает алкогольный абстинентный синдром (ААС), который является комплексом психопатологических, вегетативных, неврологических и соматических расстройств, проявляющихся вслед за прекращением регулярного приема алкоголя, причем постоянными симптомами являются психический и физический дискомфорт и выраженное влечение к принимаемому веществу (А.Г. Софронов, 2002).

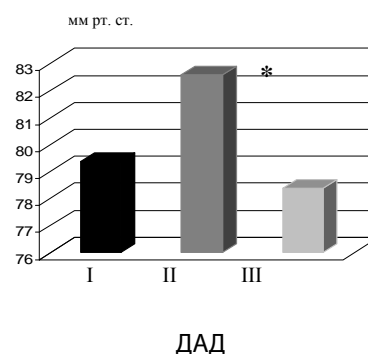
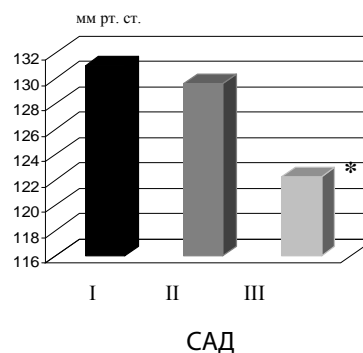
У данного контингента больных создаются предпосылки для нарушения центральных и периферических регуляторных механизмов функционирования сердечно-сосудистой системы. Представляется актуальным изучение временной организации ритмов параметров гемодинамики у пациентов с осложненным алкогольным абстинентным синдромом на этапах лечения и реабилитации.

Проведено обследование 40 пациентов с осложненным алкогольным абстинентным синдромом. Для достижения поставленной цели проанализированы данные мониторинга систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления и частоты сердечных сокращений (ЧСС), регистрируемые в течение недельного пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реанимации на стадиях предшествующей делирию (I), собственно психоза (II) и восстановительной (III), с астеновегетативной симптоматикой. Все пациенты получали стандартную терапию: инфузионная, метаболическая, седативная на стадии абстиненции и психоза.

Хронограммы обработаны с помощью программы Косинор-анализ (А.А. Сорокин, 1981; W. Nelson et al., 1979). Анализировались следующие параметры ритма: среднесуточный уровень (мезор), период ритма, акрофаза параметра, амплитуда рит-

ма, проводился спектральный анализ ритмов. Для сравнения мезора определялись следующие статистические характеристики: средние значения и их стандартные ошибки. По результатам вычислений для всех показателей рассчитывался критерий Стьюдента (t) для параметров в группах сравнения, в случаях непараметрического распределения применялся метод определения статистически достоверных различий с помощью критерия  $\chi^2$  (Гланц С., 1998).

Анализ среднесуточного уровня изучаемых параметров показывает, что в зависимости от стадии ААС наибольшие значения САД наблюдаются в первой стадии с достоверным снижением к третьей стадии, хотя общегрупповые значения находятся в пределах нормативных величин (рис. 1). При рассмотрении динамики ДАД и ЧСС обнаруживается достоверный прирост мезора в стадии психоза со снижением к стадии восстановления, при максимальных общегрупповых значениях не превышающих нормативных значений (рис.1).



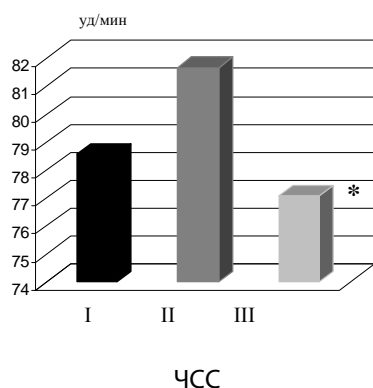


Рис. 1. Динамика среднесуточного уровня параметров центральной гемодинамики у пациентов с осложненным абстинентным алкогольным синдромом.

I – абстинентный синдром; II – психоз; III – стадия восстановления.  
\* -  $p < 0,05$ .

Таблица 1.  
**Характеристики спектрального анализа ритмов параметров центральной гемодинамики у пациентов с осложненным абстинентным синдромом**

Параметры	Стадия	Длина спектрального ряда	Максимальная спектральная плотность мощности (Вт/Гц)	Распределение мощности сигнала по частотам (часы)
1	2	3	4	5
САД	I	216	887,8	27,4; 13,7; 8,0
	II	432	4754,6	38,4; 13,7; 8,7; 6,4; 4,8; 4,0
	III	384	1150,0	48,0; 21,3; 17,4
ДАД	I	216	1469,3	32,0
	II	432	1066,8	27,4; 4,0
	III	384	548,8	48,0; 24,0; 18,0; 9,0; 7,0; 5,0; 4,0; 3,0
ЧСС	I	216	3375,2	48,0; 32,0; 21,0; 14,0; 12,0; 8,0
	II	432	781,9	48,0; 24,0; 16,0; 12,0; 9,0; 4,8; 4,0
	III	384	1658,3	48,0; 24,0; 12,0; 8,0

При интерпретации результатов спектрального анализа ритмов изучаемых показателей, обращает на себя внимание, что при максимально заданном периоде 48 часов, шаге дискретизации 1 и количестве лагов не более 96 наблюдается различная длина спектрального ряда при течении ААС (таб. 1): в предделириозном периоде длина спектрального ряда составляет 216, в стадии психоза – 432 и в

периоде восстановления – 384. Данная закономерность не касается мощности спектра и периодов пиков, не превышающих 50% максимума.

Регуляция АД более многоконтурная, чем регуляция сердечного ритма, которая остается устойчивой даже на I и II стадиях (высокие ультрадианные гармоники). Значительное количество «паразитных» пиков внутри циркадианного диапазона САД на I, II и III стадиях ААС (таб. 1) может являться как следствием прямого мембранотоксического действия ацетальдегида (АцА) на миокард со снижением сократительной функции и уменьшением фракции выброса, так и воздействием на подкорковые вегетативные центры. Спектр ритмов ДАД в I и II стадиях ААС представлен гармониками 32,0 и 27,4 часа, соответственно, в III стадии присутствует основная 24-часовая гармоника и меньшая по мощности 48-часовая. Спектр ритмов ЧСС в I стадии ААС наряду с другими содержит достаточно мощную 12-часовую составляющую, а во II и III стадиях главенствующий 24-часовой ритм с кратными ему ультрадианными составляющими.

При проведении Косинор-анализа для выявления достоверных ритмов обнаруживается следующая картина. Несмотря на наличие пиков высокой мощности при спектральном анализе динамики исследуемых показателей выявляется лишь небольшое количество достоверных ритмов, причем большинство из них с периодом менее 24 часов (таб. 2). Обращает на себя внимание тот факт, что в первой стадии ААС колебания САД достоверны, но ритмы инвертированы, акрофаза их приходится на ночные часы, хотя в норме максимум суточных величин должен находиться в дневной период (14-17 часов). В стадии психоза наблюдается ритм с минимальной гармоникой в 4 часа и отсутствуют достоверные ритмические колебания в стадию астеновегетативных нарушений.

Достоверные колебания ДАД, свидетельствующие об изменении сосудистого тонуса, отсутствуют в первую и третью стадии ААС. На второй стадии наличие ультрадианного низкоамплитудного ритма лишь подтверждает тезис о глубоком нарушении центральных и периферических механизмов регуляции артериального давления на фоне алкогольного абстинентного синдрома.

Временная организация ритма сердечных сокращений выглядит более благоприятно. Во всех стадиях ААС фиксируются достоверные ритмы, в числе которых и 12-часовые с акрофазой в утренние часы, а в третью стадию появляется и высокоамплитудный 24-часовой ритм с акрофазой в 14 часов, характерный для здорового человека.

Таблица 2.

**Результаты Косинор-анализа параметров центральной гемодинамики  
у пациентов с осложненным абстинентным синдромом**

Параметры	Стадия	Период ритма	Мезор (M ± m)	Амплитуда (усл. ед.)	Акрофаза (часы, минуты)
1	2	3	4	5	6
САД, мм рт. ст.	I	12 часов	132,1± 8,1	0,01-2,97-5,95	05ч 30м – 09ч 01м – 11ч 58м
		8 часов	130±3,0	0,28-2,61-4,94	02ч 41м – 03ч 27м – 05ч 56м
	II	4 часа	129,8± 3,3	0,14-1,9-3,65	01ч 53м – 02ч 54м – 03ч 48м
	III	---	---	---	-----
ДАД, мм рт. ст.	I	---	---	---	-----
	II	4 часа	82,6± 2,2	0,12-0,76-1,39	02ч 14м – 03ч 12м – 03ч 54м
	III	---	---	---	-----
ЧСС, уд/мин	I	16 часов	78,2± 2,4	0,2-3,85-7,5	04ч 33м – 07ч 58м – 11ч 52м
		12 часов	78,0± 2,2	0,78-5,02-9,26	06ч 27м – 09ч 12м – 11ч 40м
		8 часов	78,0± 2,2	0,21-1,92-3,64	02ч 24м – 03ч 25м – 05ч 57м
	II	16 часов	82,5± 2,1	0,03-3,14-6,25	08ч 13м – 10ч 34м – 14ч 55м
		12 часов	82,6± 2,2	0,43-2,23-4,03	09ч 28м – 10ч 47м – 02ч 10м
		4 часа	81,4± 2,29	0,06-0,63-1,2	01ч 27м – 01ч 44м – 02ч 07м
	III	24 часа	76,8± 1,7	1,0-4,38-7,77	11ч 52м – 14ч 14м – 17ч 24м
		12 часов	77,3± 1,75	0,66-2,77-4,88	08ч 37м – 04ч 52м – 10ч 53м

Нарушение хроноинфраструктуры биологических ритмов параметров центральной гемодинамики при осложненном алкогольном абстинентном синдроме во многом определяется развитием психотических и вегетативных проявлений, обусловленных нарушениями в медиаторных системах головного мозга. Ацетальдегид увеличивает высвобождение катехоламинов из нервных окончаний, что приводит к тахикардии, гипертензии, тремору, повышению потребности в кислороде органов и тканей организма и прямому мембранотоксическому действию, нарушая работу основной ферментной системы клетки: Na-K-АТФ-азы, что приводит к гипоксии клетки (M.P. Masia et al., 2001). В итоге последнее и определяет гетерохронность и гетерокинетичность восстановления контуров регуляции артериального давления и ритма сердечной деятельности.

**Литература**

1. Алкогольный абстинентный синдром. Под редакцией Афанасьева В.В.- СПб, «Интермедика», 2002.-336 стр. с илл.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М., Практика, 1998. – с. 82.
3. Сорокин А.А. Ультрадианные составляющие при изучении суточного ритма.- Фрунзе: Илим.- 1981.- 83 с.
4. Софронов А.Г. Избранные вопросы наркологии. СПб: ВМедА, 47с.
5. Masia M.P., Maiya R, Borgese C.M., Lobo I.A. et al. / Does acetaldehyde mediate ethanol action in the central nervous system? Alcohol Clin Exper Res 2001 Nov. 25(11) 1570-1575.
6. Nelson W., Tong Y.L., Lee J.K. et al. Methods for cosinorhythmometry // Chronobiologia. – 1979. – V. 6 (4). – P. 305 – 323.

\*\*\*

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛОР ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ  
В ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ УСЛОВИЯХ**

**Косимова Н.И., Кодирова Ш.Р., Жонибеков Ж.Ж.**

г. Бухара, Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт

Кафедра ЮНЕСКО традиционной медицины

Научный руководитель:

Туксанова З.И. - ассистент

**Актуальность проблемы.** В Узбекистане особо важное значение из года в год приобретают проблемы связанные с охраной здоровья подрастающего поколения, их физическое, психическое и

культурное развитие. Одним из важных задач в этой сфере является изучение здоровья детей школьного возраста, анализ степени распространенности заболеваний и разработка мер по их снижению.

**Цель исследования.** Анализ распространенности ЛОР патологий среди школьников.

**Материалы и методы исследования.** Были изучены ЛОР патологии среди детей города Бухары и Бухарской области путем проведения профилактических осмотров. Количество школьников привлеченных к медицинскому осмотру: школьники г.Бухары - 51024, ученики сельских школ - 92447. Классификация заболеваний согласна IX пересмотру МКБ.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам медицинского осмотра детей школьного возраста выявлено, что общая заболеваемость по ЛОР патологии составляет  $163,4 \pm 0,9\%$ , в том числе, в условиях города этот показатель составил  $83 \pm 1,2\%$ , села  $207 \pm 2,9\%$ . По результатам исследования было выяснено, что по показателям заболеваемости ЛОР органов на первом месте стоит хронический тонзиллит ( $457,1 \pm 3,2\%$ ), на втором хронический отит ( $58,3 \pm 1,5\%$ ), на третьем снижение слуха ( $19,6 \pm 0,9\%$ ), на четвертом хронический ларингит ( $4,6 \pm 0,4\%$ ) и на пятом месте хронический фарингит ( $3,4 \pm 0,3\%$ ). Среди детей школьников проживающих в городских условиях на первом месте встречается хронический тонзиллит ( $480,5 \pm 7,6\%$ ), на втором – патология снижение слуха ( $32,6 \pm 2,7\%$ ), на третьем хронический отит ( $3,07 \pm 0,8\%$ ), на четвертом – хронический ларингит ( $2,36 \pm 0,7\%$ ) и на пятом месте хронический фарингит ( $0,94 \pm 0,4\%$ ). А в условиях сельской местности среди детей школьников как и в городе, на первом месте по патологии ЛОР органов стоит хронический тонзиллит ( $451,9 \pm 3,5\%$ ), на втором хронический отит ( $70,5 \pm 1,8\%$ ), на третьем снижение слуха ( $16,75 \pm 0,9\%$ ), на четвертом хронический ларингит ( $5,1 \pm 0,5\%$ ) и на

пятом – хронический фарингит ( $3,9 \pm 0,4\%$ ). Таким образом, по полученным результатам выявлено что и в городе и на селе среди детей школьников хронический тонзиллит встречается очень часто. Патология снижения слуха среди школьников города - на втором месте, а среди школьников села - на третьем месте. Это возможно связано с высоким медицинским обслуживанием населения в городе. Хронический отит среди детей школьного возраста в городских условиях встречается на третьем месте, а в условиях села на втором месте. Это объясняется не полным соблюдением гигиенических условий школьников сельской местности. А по заболеваемости хроническим ларингитам и фарингитам по месту жительства различий не выявлены.

**Выводы.** Таким образом были выявлены одинаковые показатели заболеваемости ЛОР органов в условиях города и села. Повышение качества оказания медицинской и профилактической помощи, повышение медицинской грамотности среди детей школьников требуется и в городе и в селе.

### Литература

1. Декларация: современное состояние и перспективы развития медицинской науки в регионе. I - Ассамблея ученых-медиков Средней Азии и Казахстана. Ташкент 1992 г- 6 с.
2. Ермохина Т.Л., Кузина С.Т., Захарченко В.В. Общая заболеваемость детей по данным обращаемости в детскую поликлинику //Региональные особенности заболеваемости детского населения// М., 1991 г. Стр. 12-14.
3. Здоровье населения в Республике Узбекистан в 1994-1995 годы и некоторые итоги реформы здравоохранения. Ташкент 1996г. Стр.96.
4. Султанов Р.Т., Мухаммедиярова Р.Г. Здравоохранение в Республике Узбекистан (статический сборник). Ташкент 1993 г. Стр.258.

\*\*\*

### ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ - ПОЗИЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГА

*Красноперов Д.С., Николаев И.А., Шевляков Д.С.*

*г. Екатеринбург, Россия*

*ГБОУ ВПО Министерства здравоохранения «Уральская государственная медицинская академия»  
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП УГМА*

Научный руководитель:  
Собетова Г.В. - к.м.н., доцент

**Актуальность проблемы.** Желчнокаменная болезнь является как медицинской, так и социальной проблемой мирового масштаба. По имеющимся данным, ЖКБ страдают 24% женщин и 12% мужчин, причём с каждым годом число лиц, страдающих данной патологией, неуклонно растет. За последнее де-

сятилетие в России и за рубежом наблюдается увеличение заболеваемости желчнокаменной болезнью.[1], а холецистэктомия стала вторым по частоте, после аппендэктомий, хирургическим вмешательством [3].

Хирургическая тактика при остром холецистите с клиникой перитонита и/или холангита – экстренная операция.[6]Что касается острого холецистита без явлений перитонита и холангита, то вопросы о срочности выполнения операции различными хирургами трактуются неоднозначно. [9]

Ряд авторов считают, что хирургическое лечение пациентов с острым калькулезным холециститом в плановом порядке сопровождается вдвое меньшей летальностью, чем при оперативном лечении по экстренным и срочным показаниям [2]. Другие авторы высказываются за необходимость активизации хирургической тактики, объясняя это профилактикой гнойных осложнений со стороны желчевыводящих путей [5], а также повышением устойчивости организма к хирургическому вмешательству и анестезиологическому пособию на фоне активизации иммунных механизмов[4].

Разные подходы к этой проблеме существуют не только в практической хирургии, но и в российском законодательстве. Так согласно приказу Департамента здравоохранения г.Москвы от 13 апреля 2011 г. N 320 “О единой тактике диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы” экстренные операции выполняются только у больных с выраженными признаками гнойной интоксикации и перитонита. В других случаях следует придерживаться консервативной тактики.[7] Напротив, приказ Минздрава Свердловской от 25.11.2011г №131бп, рекомендует придерживаться более активной тактики, а отсроченность оперативного вмешательства предполагается в случае тяжелой сопутствующей патологии или исходного соматического статуса пациента.[8]

Вопрос о времени проведения операции по поводу острого калькулезного холецистита остается дискуссионным и на сегодняшний день.

**Цель исследования:** Обосновать оптимальные сроки проведения хирургического вмешательства у пациентов с калькулезным холециститом.

**Материал и методы исследования.** Нами проведено ретроспективное когортное исследование на базе ЦГКБ№1. В исследование случайным образом включено 48 пациентов, прооперированных по поводу не осложненного калькулезного холецистита в 2012 году. Разделение пациентов на группы произведено на основании критерия срочности операции. Первая группа – это больные, прооперированные в плановом порядке (n - 24) Вторая группа – больные, прооперированные в экстренном порядке (катаральная и флегмонозная форма острого холецистита (n - 24)). Критериями исключения пациентов из исследования были наличие перитонита, холедохолитиаза и холангита. Все данные исследований пациентов зафиксированы в электронных базах

данных Microsoft Excel 2003-2007. Количественные параметры оценивались на нормальность их распределения критерием Шапиро-Уилка. Параметрические количественные данные представлены в виде среднего значения и в скобках стандартного отклонения. Сравнительный анализ параметрических данных между двумя группами проводился критерием Стьюдента. Для всех сравнений ошибка первого рода ( $\alpha$ ) устанавливалась равной 0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Обе группы пациентов не отличались по возрасту. В первой группе средний возраст составил 48 лет, во второй 50 лет. Для интегральной оценки общего состояния пациентов использовалась классификация Американской ассоциации анестезиологов(ASA). Оценки в первой группе: ASA 1-25%, ASA 2-58,3%, ASA 3-16,7%. Во второй группе оценки: ASA 1- 8%, ASA 2-41,7%, ASA 3- 50%. Общее состояние пациентов во 2й группе достоверно тяжелее ( $p < 0.011$ ). Мы объясняем это тем, что у значительного числа пациентов наблюдалась сопутствующая патология в виде заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Нарушенные функции, в условиях необходимости выполнения экстренной операции, были скорректированы не в полной мере, а в ряде случаев и выявлены впервые, что наряду с острой хирургической патологией существенно усугубляли тяжесть состояния пациентов во второй группе.

Риск операционно-анестезиологических осложнений оценивался по шкале МНОАР. В 1 первой группе количество баллов составило 3,9 (ср отклонение 0,34), а во второй группе 4,4 (ср отклонение 0,3 балла). Таким образом, риск осложнений анестезии во 2й был несколько выше, чем в 1й группе, что связано с тяжестью общего состояния и экстренностью оперативного вмешательства. При анализе продолжительности оперативного вмешательства мы выявили, что среднее время операции у пациентов в первой группе составило 64 минуты, а во второй-92 минуты. Таким образом, средняя продолжительность операции у пациентов второй группы на 28 минут больше, что может быть связано с техническими трудностями выполнения операции в неотложном порядке.

Среднее интраоперационное применение наркотических анальгетиков (фентанил) в первой группе составило 0,37 мг, во второй 0,49 мг. Среднее отклонение равно 0,07 и 0,1 в двух группах соответственно, ( $p=0,03$ ). Средний расход нестероидных противовоспалительных средств (кеторол): в 1ой группе 209мг, во 2ой – 414мг. Среднее отклонение 38,4 и 120 соответственно в двух группах, ( $p=0$ ). Антибактериальная терапия в первой группе пациентов проводилась в лишь в 4% случаев, а во второй группе пациентов – в 96% случаев.

С целью оценки изменений гомеостаза использовались следующие показатели: ОАК: лейкоци-

тоз, Б/Х анализ крови: альбумин, билирубин, амилаза. Однако, изменения этих показателей оказались очень вариабельны, а различия их недостоверны.

Осложнения в первой группе пациентов встретились в 4% случаев (гемоперитонеум), а во второй группе пациентов - в 12,5% (Кровотечение из ложа желчного пузыря с кровопотерей лёгкой степени, 2 случая инфильтрата послеоперационной раны).

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре в первой группе составила 6,9 +/-1,21 день в группе неотложных больных 9,75 +/- 1 день, различия достоверны  $p=0$ . Однако данный показатель неинформативен в силу действия медико-экономических стандартов.

**Выводы.** На основании полученных нами данных можно сказать, что оперативное вмешательство, выполненное в плановом порядке, в дневное время, хорошо сформированными хирургическими и анестезиологическими бригадами, в отсутствие дефицита времени и кадров у полностью обследованного и подготовленного пациента характеризуется меньшим риском операционно-анестезиологических осложнений. Такие пациенты нуждаются в меньшем объеме медикаментов и менее длительном нахождении в стационаре.

Таким образом, мы считаем, что следует придерживаться консервативной тактики лечения пациентов с калькулезным холециститом при отсутствии показаний к экстренной операции, а

оперативное вмешательство таким пациентам проводить в плановом порядке.

### Литература

1. Бебезов Х.С., Атыканов А.О., Бебезов Б.Х. / Оценка состояния перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы в плазме крови у больных желчнокаменной болезнью // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2007. – Т.7, №3. – С. 67-70.
2. Иванов С.В., Охотников О.И., Горбачева О.С. // Анналы хирургической гепатологии 1999; №1: С. 65-70.
3. Ильченко А.А. Классификация желчнокаменной болезни. Тер.архив. – 2004. – №2.-с.30–36.
4. Козлов В. А., Айрапетов Д. В., Макарович А.Г., Прокопов А.Ю. Всегда ли нужно купировать приступ острого калькулезного холецистита методами консервативной терапии? // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т. 2. № 2. С. 51-57
5. Котельникова Л.П., Буренкова Л.К. Диагностическая ценность иммуноглобулинов сыворотки крови и печеночной желчи // Первый Московский Конгресс хирургов: сб. статей. М., 1995. С.325-326.
6. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия национальное руководство 2008.
7. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 13 апреля 2011 г. N320 "О единой тактике диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы"
8. Приказ Минздрава Свердловской от 25.11.2011г №1316п о единой тактике диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
9. Cameron I.C., Chadwick C., Phillips J., Johnson A.G. Current practice in the management of acute cholecystitis. Br J Surg 2000 Mar; 87: 3: 362-373.

\*\*\*

### ПАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Кузина А.Ю., Аракельян Р.С., Егорова Е.А., Мирекина Е.В., Филиппова В.М.,  
Заплетина Н.А., Стулов А.С.**

*г. Астрахань, Россия*

*ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра инфекционных болезней*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения паразитарными болезнями в мире поражено более 4,5 миллиарда человек. Ежегодно в России регистрируются около одного миллиона больных паразитарными болезнями [3, 4].

У человека чаще всего паразитозы поражают органы пищеварительной системы, чаще всего паразитируют в печени и желчных ходах. Такими паразитами, поражающими гепатобилиарную систему являются: лямблиоз, эхинококкоз и описторхоз [4]. Структура заболеваемости детей Астраханской области за последние годы представлена тремя основными паразитами: лямблиями – 97,7%, описторхами

– 1,2% и эхинококком – 1,1%.

Проанализированы эпидемиологические карты детей, инвазированных лямблиями, описторхозом и эхинококком.

В Астраханской области за 2001 – 2010 гг. зарегистрировано 5569 случаев лямблиоза (11,1% от общего числа паразитарных болезней), из них 4183 случая (75%) приходится на долю детей до 17 лет.

В связи с этим перед педиатром встает актуальный вопрос: *Lamblia intestinalis* – это простейшие, вызывающие самостоятельное заболевание, или свидетель патологических заболеваний ЖКТ у детей, или маркёр вторичной иммунологической

недостаточности? [4].

Факторами, предрасполагающие к развитию лямблиоза у детей являются: ослабление иммунной системы; аномалии желчевыводящих путей; приобретенные заболевания ЖКТ, в том числе инфекции билиарной системы (стафилококк); социальные и санитарно-гигиенические факторы [3].

Были проанализированы эпидемиологические карты детей, инвазированных лямблиями. Так, диагноз лямблиозного холецистита и холангиохолецистита у 87 детей в возрасте от 3-х до 14 лет подтвержден: обнаружением цист лямблий в кале (98,8%); определением антител в сыворотке крови методом ИФА (90,8%).

Наиболее постоянным симптомом лямблиоза являлись: стойкая обложенность языка – 48%; вздутие живота, метеоризм и урчание в кишечнике по 4%; болезненность живота при пальпации в правом подреберье и выше пупка – 34%; увеличение печени – 6%;

Диагноз во всех случаях был установлен на основании анамнеза и обнаружения цист лямблий в кале.

При лечении больных с лямблиозом необходимо учитывать выраженность и длительность существования клинической симптоматики лямблиоза; наличие фоновых и сопутствующих заболеваний, стадию их течения; эффективность ранее проводимой противолямблиозной терапии; возможные источники инвазирования. Препаратом выбора является немозол [3].

Описторхоз - гельминтоз, поражающий преимущественно гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, отличающийся длительным течением, протекающий с частыми обострениями, способствующий возникновению первичного рака печени и поджелудочной железы.

Возбудителем заболевания являются 2 вида трематод: двууска кошачья и двууска сибирская [1].

В Астраханской области за последние 10 лет зарегистрировано 69 случаев описторхоза, из них 17 человек (24%) приходится на долю детей до 17 лет.

Так, при обследовании 17 детей в возрасте от 2 до 15 лет, была установлена длительность инкубационного периода от 2 до 4 недель: 2 недели (37%), 3 недели (34%) и 4 недели (29%). Все обследованные являлись членами семей, чьи родители имели непосредственный контакт с производством рыбы.

На момент обращения у детей имелись следующие жалобы: боль в эпигастральной области и правом подреберье – 14%, снижение аппетита – 27%, тошнота – 34%, головная боль – 13%; горечь во рту (жалобы детей старше 10 лет) – 10%; болезненность в точках желчного пузыря – 2%;

Диагноз был установлен на основании эпи-

данамнеза и серологического исследования крови методом ИФА (100%).

При лечении всем детям назначался азинокс (билтрицид, празиквантель) (40-75 мг/кг/с × 2-3 р/д через час после еды, курс - 1 день).

Через 3 – 5 месяцев – делали контроль в виде трёхкратного исследования кала и серологического исследования.

Эхинококкоз – хроническое заболевание, характеризующееся развитием в печени, реже легких и других органах солитарных или множественных кистозных образований [2].

Возбудитель – личиночная стадия цепня *Echinococcus granulosus* [3].

За анализируемый период зарегистрировано 63 случая эхинококкоза, из них 41 случая (16%) приходится на долю детей до 17 лет.

При обследовании 10 детей в возрасте от 8 до 15 лет в 100% на момент обращения и госпитализации имелись симптомы: желтуха кожи и склер, зуд кожи, снижение аппетита, вялость, слабость – по 6%, увеличение печени – 70%.

Диагноз был установлен на основании эпиданамнеза, осмотра, УЗИ печени и обнаружение антител методом ИФА.

При лечении назначался немозол (10- 15 мг/кг/сутки × 2 р/д через час после завтрака и ужина, 3- 5 курсов по 28-30 дней с интервалами в 2 недели);

Через 6 месяцев после лечения проводился контроль эффективности лечения – определение уровня билирубина и трансаминазы сыворотки крови, а также уровень антител в крови.

### Выводы:

1. Паразитологический диагноз во всех случаях был установлен после лабораторного исследования биологического материала.
2. Все инвазированные дети в качестве противогельминтного лечения получали препарат «Немозол».
3. Отмечена 100% эффективность лечения детей препаратом «Немозол», о чем свидетельствуют отрицательные результаты паразитологического исследования после проведенного лечения.

### Литература

1. Бронштейн А.М., Малышев Н.А. Гельминтозы человека //М., 2006. – 109.
2. Гельминтозы в практике педиатра. Методические рекомендации (№20) //М., 2008. – 30.
3. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология // Женева: ВОЗ, 2002. – 734.
4. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей. С-Пб.: Фолиант, 2006. – 585.

\*\*\*

**ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ  
СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г.ХАНТЫ-МАНСИЙСКА**

**Кузьменко А.П.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия  
Кафедра медицинской и биологической химии*

Научный руководитель:

Корчина Т.Я. - д.м.н., профессор

Деятельность медицинского работника, независимо от разновидности выполняемой работы относится к профессиям с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Одно из первых мест по риску возникновения синдрома эмоционального выгорания занимают медицинские профессии [4]. Развитию данного состояния способствует необходимость работы в постоянном напряженном ритме с большой эмоциональной нагрузкой личностного взаимодействия с трудным контингентом, а также отсутствие должного материального и психологического вознаграждения за выполненную работу [2].

Влияние профессиональной деятельности на сотрудников скорой медицинской помощи (СМП) существенно отличается от медицинских работников других специальностей. Существуют специфические особенности и отличия: экстремальность ситуаций с учетом дефицита времени; постоянный контакт с психологически трудным контингентом (тяжелые и умирающие больные); затрудненный психологический контакт из-за нарушения сознания больного или пострадавшего; оказание медицинской помощи в присутствии родственников, соседей или прохожих; сложные условия оказания медицинской помощи [3]. Последствия выгорания медицинского персонала могут повлиять как на саму личность, так и на профессиональную деятельность: ухудшается качество выполнения работы, утрачивается творческий подход к решению задач, возрастает количество профессиональных ошибок, увеличивается число конфликтов на работе и дома [5, 6].

**Цель исследования:** оценить влияние профессиональной деятельности на психофизиологический статус медицинских работников скорой помощи и поликлинического звена г. Ханты-Мансийска.

**Материал и методы исследования.** Проведено анонимное анкетирование на основании добровольного согласия у 54 сотрудников выездных бригад СМП и у 56 сотрудников амбулаторно-поликлинического звена г. Ханты-Мансийска. Исследование проводилось при помощи 9 анкет: шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона; шкала К. Шрайнер;

шкала В. Зунг (адаптирована Т. Баклашовой); шкала А. Леоновой; шкала Маклин (адаптированная Н. Водопьяновой); опросник В. Бойко; опросник А. Рукавишников; опросник Т. Иванченко и соавторов; опросник А. Волкова и Н. Водопьяновой [1].

**Результаты и их обсуждение.** Установлен высокий уровень организационного стресса, подверженности развитию синдрома эмоционального выгорания (шкалы Маклина) и негативным последствиям стресса (Т.П.Иванченко и соавт.) всех обследованных медицинских работников г. Ханты-Мансийска.

Однако у медицинских работников выездных бригад СМП уровень субъективного комфорта оказался ниже, чем у сотрудников амбулаторно-поликлинического звена, что приводит к более быстрому развитию синдрома эмоционального выгорания в более тяжелых его проявлениях (шкала А.Б.Леоновой).

Кроме того, сотрудники выездных бригад СМП в большей степени (на 33%) испытывают психологическое напряжение на работе по сравнению с сотрудниками амбулаторно-поликлинического звена (шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона).

В то же время сотрудники СМП имеют в 3 раза более высокий уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям труда по сравнению с сотрудниками амбулаторно-поликлинической службы (опросник А. Волковой и Н. Водопьяновой). Анализируя данные, полученные при анкетировании по методике К. Шрайнер, выявлено, что 76 % опрошенных сотрудников СМП в стрессовой ситуации умеют сохранять самообладание и контролировать собственные эмоции, аналогичный показатель у сотрудников амбулаторно-поликлинического звена составляет 28 % опрошенных.

Известно, что депрессивные состояния возникают как постстрессовые и посттравматические реакции. У сотрудников, прошедших анкетирование клинически значимой депрессии не выявлено, но при этом 24% опрошенных скорой медицинской помощи и 18% амбулаторно-поликлинического звена имеют легкую депрессию и субдепрессию (Шкала В.Зунг).

В результате наших исследований установ-



лено, что практически у всех медицинских работников синдром эмоционального выгорания находится на разных стадиях формирования. При этом у сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи максимально выражены стадии истощения и резистенции, а у сотрудников амбулаторно-поликлинического звена стадия резистенции [1].

Анализ данных, полученных при анкетировании по методике А.А.Рукавишникова, показал, что у 94% сотрудников СМП уже сформировался синдром выгорания, а у 64% опрошенных лиц индекс психического выгорания имеет крайне высокие значения. У медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена этот показатель значительно ниже: синдром сформировался у 71% опрошенных лиц, а крайне высокие значения обнаружены лишь у 14%. Среди симптомов эмоционального выгорания у сотрудников скорой медицинской помощи на первое место выходят психоэмоциональное истощение и профессиональная мотивация, а у сотрудников амбулаторно-поликлинического звена личностное отдаление.

### Выводы:

- все медицинские работники, относящиеся к первичному звену здравоохранения, в одинаково высокой степени подвержены синдрому эмоционального выгорания;
- медработники СМП в стрессовой ситуации

лучше умеют сохранять самообладание и контролировать собственные эмоции сравнительно с медработниками поликлиники;

- медицинские работники выездных бригад СМП имеют более низкий уровень субъективного комфорта, испытывают более высокое психологическое напряжение и в большей степени подвержены синдрому эмоционального выгорания по сравнению с медицинскими работниками амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения.

### Литература

1. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. □ СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара: Бахрах-М, 2008– 672 с.
3. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича А.Г. Мирошниченко. – СПб.: Невский диалект; М.: Лаборатория базовых знаний, 2005. □ 704 с.
4. Стратий В.Н., Вепрев А.Н., Кандакова Н.Е. Влияние социально-психологических факторов на формирование синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников скорой помощи // Скорая медицинская помощь. – 2008. – №4. – С.47-50.
5. Хунафин С.Н., Миронов П.И., Зиганшин М.М., Баскакова Н.Д. Характеристика синдрома профессионального выгорания у врачей выездных бригад скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. – 2006. – №1. – С.37-39.
6. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. – Днепропетровск, 2003. – 216 с.

\*\*\*

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ

*Кучинская И. А.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия  
Кафедра биологии с курсом микробиологии*

Научный руководитель:

Зуевский В.П. - д.м.н., профессор

**Актуальность исследования.** Сегодня описторхоз является одним из наиболее опасных заболеваний из группы гельминтозов. В мире насчитывается около 21 миллиона человек, пораженных печеночными трематодами. Наличие в печени гельминтов становится причиной развития таких заболеваний как: холангит, дискинезия желчных путей, холецистит, гепатиты. При описторхозе выражены аллергические реакции, которые возникают в результате отравление организма продуктами жизнедеятельности и активности паразитов и распада собственных эпителиальных клеток внутренних органов, которые

некротизируются из-за травмирующего воздействия гельминта. Аллергический механизм лежит в основе поражения слизистых оболочек выделительной системы. Так же снижается детоксикационная функция печени, в связи с чем возрастает нагрузка на почки.

**Объекты исследования.** Проводилось исследование экспериментального материала, (почек) полученного от инвазированных золотистых хомяков.

Среди животных выделялись следующие группы:

1. Животные, инвазированные 50-ю метацеркариями *Opisthorhis felineus*.
2. Интактные животные.

Срок инвазии: а) 7 суток, б) 15 суток, в) 30 суток.

**Методы исследования.** Кусочки почек фиксировали в 10% нейтральном формалине. Материал был залит в парафин.

Использованы следующие гистологические методики окрашивания: гематоксилин и эозин, по Ван-Гизону, ШИК-реакция, альциановый синий, трёхцветная окраска по Массону.

**Результаты и их обсуждение.**

Длительность инвазии 7 суток.

При микроскопическом исследовании ткани почек отмечается повышенное полнокровие кровеносных сосудов, капилляров клубочков, по сравнению с интактными животными. Отмечается сладжирование эритроцитов в капиллярах. В капиллярных клубочках умеренное набухание клеток эндотелия. Размеры клубочков несколько увеличены. Базальная мембрана не изменена. В эпителии извитых канальцев умеренно выраженные явления белковой дистрофии. В строме почки встречаются единичные лимфоидноклеточные инфильтраты. Отмечается незначительный отек стромы.

Длительность инвазии 15 суток.

По сравнению с предыдущим сроком инвазии отмечается более выраженное полнокровие кровеносных сосудов. Отмечается незначительное увеличение площади мезангия, клетки мезангия набухшие. В капиллярных клубочках умеренное набухание клеток эндотелия. Встречаются тромбы в капиллярных петлях. В эпителии извитых канальцев умеренно вы-

раженные явления белковой дистрофии.

Длительность инвазии 30 суток.

В ткани почек отмечается повышенное полнокровие кровеносных сосудов, капилляров клубочков. Отмечается умеренное увеличение площади мезангия в отдельных клубочках, клетки мезангия набухшие. В капиллярных клубочках умеренное набухание клеток эндотелия, встречаются тромбированные и спавшиеся капиллярные петли. В эпителии извитых канальцев выраженные явления белковой, гидропической дистрофии. Количество лимфоидных инфильтратов возрастает.

**Выводы.** При увеличении длительности инвазии выраженность изменений в почках нарастает. Изменения наблюдаются, как клубочках так и в канальцах почки. Поражение почек можно рассматривать как вторичное, связанное с аллергическим и интоксикационным факторами.

**Литература**

1. Зуевский, В.П. Патоморфология печени при описторхозе в зависимости от возраста инвазируемых животных: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. П. Зуевский. – Тюмень, 1985. – С. 15-18.
2. Крылов, Г.Г. Суперинвазионный описторхоз: патогенез осложненных форм и микст-патологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Г. Крылов. – М., 2005. – 40 с.
3. Озерецковская, Н.Н. Формирование патологического процесса в острой и хронической фазах гельминтоза / Н.Н. Озерецковская // Мед. паразитология и паразитарные болезни. – 1970. – Т. 39, № 5. – С. 515-527.

\*\*\*

**СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛИРУЕМЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗНОЙ СУПЕРИНВАЗИИ У СИРИЙСКОГО ХОМЯЧКА (MESOCRICETUS AURATUS)**

**Лукманов И.Р.**

<sup>1</sup> г. Ханты-Мансийск, Россия

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия  
Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

<sup>2</sup> г. Тюмень, Россия

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия  
Минздрава России  
Кафедра патологической анатомии с секционным курсом

г. Нижневартовск, Россия

МБУ «Городская больница № 1»

Научные руководители:

<sup>1</sup>Янин В.Л. - д.м.н., профессор,

<sup>2</sup>Бычков В.Г. - д.м.н., профессор

Неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта, экспрессирующие онкомаркер CD117, выделены в самостоятельную нозологиче-

скую единицу и включены в 2000 году в классификацию Всемирной организации здравоохранения опухолей желудочно-кишечного тракта под названием

«Gastrointestinal Stromal Tumor» (гастроинтестинальные стромальные опухоли) [1-3, 5-6]. Клетки гастроинтестинальных стромальных опухолей имеют схожее гистологическое строение и иммуногистохимический профиль с клетками Кахала, которые располагаются в желудочно-кишечном тракте от нижней трети пищевода до ануса и формируют сеть в мышечной стенке органа, обеспечивают связь между миоцитами и нервными окончаниями и являются пейсмекерными клетками, активно участвующими в регуляции автономной перистальтики пищевода, желудка и кишечника. Предполагается, что гастроинтестинальные стромальные опухоли развиваются из клеток Кахала или имеют общую клетку предшественника [10]. Гастроинтестинальные стромальные опухоли составляют 13% всех первичных опухолей пищевода, желудка, кишечника и 5% сарком различной локализации. Чаще всего стромальные опухоли встречаются в желудке (40-70%), в тонкой кишке (20-40%), в ободочной и прямой кишке (5-10%). Описаны случаи опухолей, экспрессирующих CD117, локализованных в яичнике, малом тазу, мошонке, прямокишечно-влагалищной перегородке [11-15]. Гастроинтестинальные стромальные опухоли регистрируют в 10-20 случаях на 1 миллион жителей. Однако уровень заболеваемости в значительной мере зависит от организации диагностического процесса, поскольку до недавнего времени гастроинтестинальные стромальные опухоли трактовались как опухоли другого гистогенеза, например, лейомиомы, лейомиосаркомы, шванномы и др. [7]. Тем не менее, в настоящее время очевидна тенденция к увеличению заболеваемости гастроинтестинальными стромальными опухолями. Выявлена корреляция заболеваемости гастроинтестинальными стромальными опухолями и уровнем инвазивности населения, в частности, описторхозом [4]. Стратификация гастроинтестинальных стромальных опухолей по прогностическим группам риска основана на классификации Национального института здоровья США (2002 г.). В основу классификации положены такие признаки как размер опухоли и пролиферативная активность, выраженная в количестве митозов [15]. Целью работы явилось выявление структурных особенностей экспериментальных гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка на фоне описторхозной суперинвазии у сирийских хомячков. Исследование выполнено на 30 сирийских хомячков (*Mesocricetus auratus*), массой  $122,2 \pm 3,2$  г, содержащихся на стандартной диете вивария. Контрольную группу составляли 10 животных. Гастроинтестинальные опухоли моделировались введением 20 животным с экспериментальным супринвазионным описторхозом через зонд в желудок раствора канцерогена метилнитронитрозогуанидина (*Methyl-Nitro-Nitrosoguanidi*, MNNG). Объектом исследования слу-

жили гастроинтестинальные стромальные опухоли желудка экспериментальных животных, подвергнутых эвтаназии на 62, 90, 240, 320 сутки опыта ингаляцией паров эфира. Манипуляции с животными выполнялись с соблюдением действующих этических норм [8]. Полученный материал подвергнут стандартной гистологической обработке. Парафиновые гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином, альциановым синим, по методу Ван-Гизон, ШИК-реакцией [9]. Иммуногистохимически выявляли экспрессию CD117, виментина, цитокератинов, CD34, гладкомышечного актина, десмина, белка S100, нейроспецифической энолазы (NSE). Исследование выполнено по методам LSAB с антителами производства фирмы «Дако». Исследование материала, полученного от животных на 62 сутки эксперимента, не выявило макроскопических изменений в желудке. Микроскопический анализ показал наличие клеток округлой и овальной формы, образующих отдельные узелки в мышечном слое желудка. В слизистой оболочке и подслизистой основе определяли однотипные изменения, описанные ранее [4]. На 90 сутки эксперимента макроскопических опухолевидных изменений не выявлялось. В слизистой оболочке пилорического отдела желудка наблюдались дистрофические, пролиферативные, диспластические и воспалительные изменения с тканевой эозинофилией. Новообразования в желудке экспериментальных животных обнаружены на сроках 240 и 320 сутках опыта. Макроскопически опухоли были разных размеров, плотной консистенции, с чёткими границами, белесоватого или белесоватозарозового цвета на разрезе. Гистологическое изучение новообразований выявило 4 варианта экспериментальных гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка. Веретенчатый и эпителиоидноклеточный варианты составили по 45%, минимально представлены миксоидный и смешанный варианты опухолей. Веретенчатый вариант строения экспериментальной гастроинтестинальной стромальной опухоли желудка характеризовался преобладанием клеток вытянутой формы с эозинофильной цитоплазмой, с нечёткими границами, ядрами округлой или «сигарообразной» формы, с преобладанием центрально расположенного эухроматина. В эпителиоидноклеточном типе опухолей преобладали клетки округлой и полигональной формы со светлой цитоплазмой, располагающихся в виде локальных клеточных гнезд или альвеолярных структур, в тесном взаимодействии с кровеносными сосудами. Смешанный вариант опухоли характеризовался сочетанием признаков опухолей веретенчатого и эпителиоидноклеточного вариантов. Иммуногистохимическая характеристика экспериментальных гастроинтестинальных стромальных опухолей представлена в таблице.

Таблица 1.

**Иммуногистохимический профиль экспериментальных гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка**

Варианты опухолей	CD117	белок S100	CD34	виментин	десмин	цитокератины	актин	NSE
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Веретено-клеточный	+	+/-	+/-	+	-/+	-	+/-	-
Эпителиоидно-клеточный	+	+/-	+/-	+	-/+	-	+/-	-
Миксоидный	-/+	-	-	+	-/+	-	+/-	-
Смешанный	+	-	+/-	+	-/+	+	+/-	-

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что в эксперименте на сирийских хомяках с описторхозной суперинвазией посредством введения в организм животного канцерогена метилнитронитрозогуанидина моделируются гастроинтестинальные стромальные опухоли желудка. Преобладающими структурными типами экспериментальных опухолей являются веретеноклеточный и эпителиоидноклеточный типы Миксоидный и смешанный варианты представлены в ограниченном количестве наблюдений.

**Литература**

- Анурова О. А., Снигур П. В., Филиппова Н. А., Сельчук В. Ю. Морфологическая характеристика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта // Архив патологии, М., 2006.- Т 68 - С. 10-13
- Анурова О.А. Морфологическая и иммуногистохимическая диагностика стромальных опухолей ЖКТ (GIST) // Современная онкология. Экстравыпуск.-2007- С. 79-100.
- Братанчук С.Ю., Мацко Д.Е., Имянитов Е.Н. и др. Гастроинтестинальная стромальная опухоль пищевода // Архив патологии.- 2007.- 69- выпуск 1- С. 47-48.
- Зуевский В.П. Патоморфология поражений желудка при различных формах описторхоза и их роль в канцерогенезе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Тюмень-Сургут, 1995. 36 с.
- Кадушев Б. К. Неэпителиальные опухоли желудка (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М, 2004. 24 с.
- Казанцева И.А. Морфологические особенности GIST // Современная онкология. Экстравыпуск 2007- С. 50-79.
- Никулин М.П., Стилиди И.С. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST). Эпидемиология, диагностика, современные подходы в лечении / Материалы выездной школы 16-18.10.2006 «Актуальные проблемы диагностики и лечения стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта (GIST) // Современная онкология (экстравыпуск)- 2007- С. 3-49.
- Приказ Минздрава СССР от 12.08.1977 № 755 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организационных форм работы с использованием экспериментальных животных».
- Семченко В.В., Барашникова С.А., Ноздрин В.Н., Артемьев В.Н. Гистологическая техника: учебное пособие. - 3-е изд., доп. и перераб. – Омск – Орёл, Омская областная типография, 2006. – 290 с.
- Huizinga J. D., Thuneberg L. W. Kit gene. Required for intestinal cells of Cajal, and for intestinal pacemaker activity // Nature, 1995- № 373- P. 577-580
- Von Mehren, Watson J.C. Gastrointestinal stromal tumors // Hematol. Oncol North. Am., 2005. № 9.- P. 74-564
- Miettinen M., Lacota J. Gastrointestinal stromal tumors- definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis // Virchows Arch., 2001. № 438.- P. 1-2
- Miettinen M., Lacota J. Gastrointestinal stromal tumors review on morphology, molecular pathology, prognosis and differential diagnosis // Arch. Med., 2006. №130.- P. 1466-1478
- Miettinen M., El-Ripai W., Sobin L.H., Lacota J. Evaluation of malignancy and prognosis of gastrointestinal stromal tumors: a review// Hum. Pathol., 2002. № 33.- P. 478-483
- Nillson B., Bummig P., Meis-Kindblom J.M. et al. Gastrointestinal stromal tumors: the incidence prevalence, clinical course, and prognostication in preimatiniv mesylate era – a population- based study in western Sweden // Cancer, 2005. № 103.- P. 821-829

\*\*\*

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД**

**Лубяко Е.А.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия  
Кафедра медицинской и биологической химии*

Научный руководитель:  
Корчина Т.Я. - д.м.н., доцент

Метаболический синдром (МС) представляет собой совокупность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а именно – абдоми-

нального ожирения (АО), атерогенной дислипидмии, нарушений углеводного обмена и артериальной гипертензии (АГ), имеющих единую патофизиологиче-

скую основу – инсулинорезистентность (ИР). При наличии МС риск развития СД, ССЗ и смерти в результате них значительно повышен.

Истинные причины развития МС и ИР не вполне ясны. Определенное значение имеют генетические факторы, однако в современных условиях доминирующую роль играют экзогенные факторы, в особенности избыточное питание, ведущее к развитию ожирения [5].

В России смертность от ССЗ составляет 903 случая на 100 тыс. населения. Одним из серьезных факторов риска (ФР) развития ССЗ является избыточная масса тела, висцеральное ожирение, которое приводит к формированию МС.

По данным ВОЗ, около 30% жителей планеты (16,8% женщин, 14,9% мужчин) страдают избыточной массой тела. Численность людей, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается каждые 10 лет на 10% [2].

В проспективных исследованиях было показано, что риск развития сахарного диабета (СД) 2-го типа у пациентов с МС в 5-9 раз превышает риск инсульта и ишемической болезни сердца (ИБС) и в 3 раза выше по сравнению с пациентами без МС [7, 9].

### **Критерии диагностики МС Всероссийского научного объединения кардиологов (ВНОК) 2009 года:**

Основной признак — центральный (висцеральный или абдоминальный) тип ожирения (АО) — объем талии (ОТ) более 80 см у женщин, более 94 см у мужчин.

Дополнительные критерии:

1. АГ (АД > 130/95 мм.рт.ст.);
2. повышение уровня ТГ (> 1,7 ммоль/л);
3. снижение уровня ХСЛПВП (< 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин);
4. повышение ХСЛПНП (> 3,0 ммоль/л);
5. гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак 6,1 ммоль/л и более);
6. нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови после нагрузки больше пределов 7,8-11,1 ммоль/л).

Наличие у пациента центрального ожирения и 2-х дополнительных критериев является основанием для диагностирования у него МС [4].

Различия во встречаемости МС в разных регионах свидетельствует о том, что частота АО, МС и его отдельных форм зависит не только от расовых различий, но и от традиций, образа жизни, физической активности, характера питания (употребление высококалорийной, богатой животными жирами пищи), образования, пола, генетической предрасположенности, этнической принадлежности и многих других факторов. При этом частота МС возрастает при увеличении индекса массы тела (ИМТ) [8, 10, 3].

Проживание человека в высоких широтах сопровождается перестройкой регуляторных меха-

низмов. Организм переходит на иной тип метаболизма - «северный метаболический тип». Изменяются обмена белков, жиров, углеводов. Однако ведущим признаком является повышение роли липидов в энергообеспечении адаптационных процессов [1].

Экстремальные условия окружающей среды оказывают негативное воздействие на организм пришлое населения, а интенсивное промышленное освоение районов проживания народностей Севера накладывает отпечаток на жизнедеятельность коренного населения, изменяя образ жизни и формируя не характерные ранее факторы риска для МС и ССЗ [6].

В лечении МС и ожирения приоритетными являются немедикаментозные методы, такие, как правильное питание, повышение физической активности, отказ от вредных привычек, т. е. формирование здорового образа жизни. Эффективность таких мероприятий доказана результатами многочисленных рандомизированных международных и российских исследований. Эксперты крупных общественных медицинских организаций, таких как ВНОК, Российское медицинское общество по АГ (РМОАГ), Российская ассоциация эндокринологов, Российская ассоциация по менопаузе, Российская ассоциация гинекологов-эндокринологов и др., активно разрабатывают, непрерывно совершенствуют и внедряют в практику образовательные программы для врачей и населения, включающие лекционные мероприятия, мастер-классы, печатную продукцию. Крайне важно разработать и внедрить в практику проведение скрининга среди населения нашей страны для раннего выявления сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) или заболеваний на ранних стадиях их развития. Только все эти меры в полном объеме — повышение уровня знаний врачей и населения, диспансеризация, своевременное лечение и профилактика ССЗ — помогут улучшить положение с заболеваемостью и смертностью в нашей стране [2].

### **Литература**

1. Агбалян Е.В. Липидный профиль и его нарушения на Крайнем Севере // Мон-фия.: Надым, 2004. - 108с.
2. Ахметжанов Н.М., Бутрова С.А., Дедов И.И. и др. Консенсус российских экспертов по проблеме метаболического синдрома в Российской Федерации: определение, диагностические критерии, первичная профилактика, лечение // Consilium medicum кардиология. - 2010. - Т.12, №5. - С.5-12.
3. Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический синдром // Русский медицинский журнал. - 2001. - Т.9, №2. - С.56-60.
4. Рекомендации экспертов ВНОК по диагностике и лечению метаболического синдрома // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - №6 (Прил. 2).
5. Решетняк М.В. Патогенетическое обоснование лабораторной диагностики и медикаментозной коррекции нарушений обмена фруктозы при метаболическом синдроме: Автореф. дисс. к. м. н. - СПб. - 2011. - 24 с.
6. Свайкина Е.В. Эпидемиология метаболического синдрома на Крайнем Севере: Автореф. дисс. к.м.н. - Надым. - 2008. - 18 с.

7. Bonora E., Kiechl S., Willeit J et al. Carotid atherosclerosis and coronary heart disease in the metabolic syndrome // Diabetes Care. - 2003. - №26 (4). – P.1251-1257.
8. Capewell S., Ford E.S., Croft J.B., Critchley J.A., Greenlund K.J., Labarte D.R. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America // Bulletin of the World Health Organization. - 2010. - Vol.88, №2. - P.120-130.
9. Ford E. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the diabetes federation among adults in the US // Diabetes Care. - 2005. - №28. – P. 2745-2749.
10. Jones E.D., Ivanov L.L., Wallace D.C., VonCannon L. Examining the metabolic syndrome in Russia // Int. J. Nurs. Pract. - 2006. - Vol.12, №5. - P.260-266.

\*\*\*

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИКОН» РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИОСТИТОМ

*Мардонова З.О., Болтаева З.Ф., Суюнова М.Х., Нурханова Н.О.*

*г. Бухара, Узбекистан*

*Бухарский государственный медицинский институт  
Кафедра хирургической стоматологии*

Научный руководитель:  
Камалова Ф.Р. - к.м.н., доцент

**Введение.** Среди населения с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области значительную часть составляют больные с острым гнойным периоститом (ОГП). ОГП челюстей обычно является осложнением острого или обострившегося хронического периодонтита. Он может быть и результатом нагноения корневой или фолликулярной кисты, раны после удаления зуба, наличия у больного абсцесса при прорезывании зуба мудрости либо же сопутствующих явлений при остром одонтогенном остеомиелите.

**Цель.** Характеристика клинической картины и применение препарата «Викон» реплантации зубов у больных ОГП.

**Материалы и методы.** Мы провели исследование 62 больных с диагнозом ОГП, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в 2010-2012 гг. Лиц мужского пола было 32 (51,6%), женщин - 30 (48,4%). Больные были в возрасте от 16 до 45 лет.

**Результаты и обсуждение.** Анализ причин возникновения ОГП показал, что в 78,4% случаев их причиной были зубы у больных с хроническими периодонтитами. В 21,6% случаев причиной был 6-ой зуб.

При ОГП чаще всего выявляли поражение нижней челюсти - 63,2%, а затем - верхней челюсти - 36,8%. Возникновению ОГП способствовали переохлаждение, общая простуда, грипп и др. Анализ анамнеза больных с ОГП показал, что с момента заболевания до обращения больных за медицинской помощью уходило в среднем 2-3 дня. Клиническая картина развития ОГП характеризовалась острым и тяжелым началом с явлениями воспалительной инфильтрации мягких тканей и выраженной интоксикацией организма. Лечение ОГП у обследованных больных про-

водили в зависимости от возраста, фазы воспалительного процесса, выраженности клинической картины и времени, прошедшего от начала заболевания. У 61,6% больных были удалены причинные зубы. Их невозможно было сохранить из-за полной деструкции коронковой части. Мы проводили операции, используя методику широкого вскрытия надкостничных гнойников, а затем вводили в область ран резиновые дренажи сроком на 3-4 дня. Больным назначали антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты, десенсибилизирующие средства, витамины. 38,4% больным с ОГП была проведена отсроченная реплантация причинных зубов. Мы также вскрывали им надкостничный гнойник с введением в ран резинового дренажа с дальнейшим удалением причинного зуба. Затем производили консервацию реплантатов при помощи консервирующего раствора «Викон» (компания Витадент-Уфа-Башкирия). Данным больным назначали антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, а также применили обезболивающие средства. Местно больные с ОГП использовали частое полоскание ротовой полости жидкими антисептическими препаратами. «Викон» является своеобразным консервантом, предназначенным для хранения зубных зачатков и зубов в живом состоянии вне организма с целью последующей их пересадки. После снижения интенсивности воспалительных процессов зуб вновь был обратно пересажен в родное ложе. Мы произвели его иммобилизацию при помощи проволочной либо же проволочно-композитной шины. Для проведения терапевтического лечения реплантата нами предложено устройство в виде тисков, удобных в обращении и в тоже время безопасных для врача. Проведение клинико-рентгенологические и функциональные исследования предусматривали следующие задачи, а

именно после пересадки зубов детально изучить процесс приживания реплантата и восстановление его функций в послеоперационном периоде. В срок 1 месяц по происшествии операции, когда у больных с ОГП снимали укрепляющий реплантат шину, общее состояние больных было удовлетворительным. Объективная оценка выявила то, что слизистая оболочка полости рта и в области реплантированного зуба у больных ОГП была бледно-розового цвета, при её пальпации не было выявлено болезненности. Кроме этого, перкуссия в области реплантированного зуба не сопровождалась болью. Реплантат был устойчивым и неподвижным либо же был умеренно подвижным. Десна достаточно плотно охватывала шейку реплантата. Через 6 месяцев после операции методом

дентальной реплантации у больных с ОГП объективно определяли клиническую картину полного восстановления функции реплантата. Больные указывали на то, что у них имелось ощущение того, что использование реплантированных зубов было аналогично таковым других здоровых зубов. Укрепление трансплантатов у больных с ОГП наблюдали через 40 дней после операции, причем визуально они не отличались от интактных зубов.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенных нами клинических исследований показали, что при лечении больных с ОГП мы отмечаем раннюю ликвидацию как местных, так и общих признаков воспаления при применении у них препарата «Викон» в составе комплексного лечения.

\*\*\*

### СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

*Медведева К. В.*

*г. Минск, Белорусия*

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Кафедра общей стоматологии*

Научный руководитель:

Манак Т.Н. - к.м.н., доцент

В наше время существуют различные методы препарирования корневого канала и множество разнообразных эндодонтических инструментов. Постоянное их совершенствование направлено на реализацию давнейшей мечты эндодонтов всего мира о создании универсальных и идеальных инструментов [9, 10, 15, 18]. При наличии даже таких инструментов остается не ясным, какой метод препарирования корневого канала стоит использовать в своей практике. Кроме усовершенствованных эндодонтических инструментов, на сегодняшний день появляются новые методы, которые требуют своего практического применения [12, 13, 14, 17].

**Цель исследования:** Оценка качества механической обработки корневых каналов различными методами.

**Задачи исследования:** 1. Разработать анкету, изучить частоту использования врачами различных методов препарирования корневых каналов; 2. Изучить современные методы препарирования корневых каналов, оценить качество обработки их поверхности ручными и машинными инструментами; 3. Оценить качество пломбировки каналов зубов после препарирования ручным и машинными методами.

**Материалы и методы исследования:** В эксперименте было использовано 80 удаленных зубов по ортодонтическим показаниям, которые до начала эксперимента хранились в 10% растворе

формалина. Трепанацию зубов проводили алмазными борами. Для каждого корня отдельно определяли рабочую длину. Затем все зубы были разделены на 4 группы таким образом, чтобы в каждой из них было по 20 корневых каналов. Группа № 1 – контрольная. Проводилось удаление содержимого канала ручным способом по методике «Crown-Down» + промывание дистиллированной водой. Группа № 2. Проводилось удаление содержимого канала + механическая обработка К-римерами, К-, Н-файлами по методике Step-back + промывание гипохлоритом натрия + обработка жидким ЭДТА. Группа № 3. Проводилось удаление содержимого канала + механическая обработка корневого канала с использованием системы ProTaper + промывание гипохлоритом натрия + обработка жидким ЭДТА. Группа № 4. Проводилось удаление содержимого канала + механическая обработка корневого канала с использованием системы Wave One + промывание гипохлоритом натрия + обработка жидким ЭДТА. В исследовании использованы следующие методы: анкетирование, ручной метод препарирования корневых каналов зубов; машинный метод препарирования корневых каналов зубов по технологии Protaper; машинный метод препарирования корневых каналов зубов по технологии Wave One; пломбировка корневых каналов методом латеральной конденсации; метод электронной микроскопии; статистическая обработка данных.

**Результаты:** 1. Врачи-стоматологи, количество опрошенных составляет 326 человек, используют ручной метод – 87, 7%, машинный – 7, 3%, ручной и машинный – 5%. 2. Качество обработки поверхности корневых каналов машинными инструментами имеет наилучший результат по сравнению с ручными. 3. Качество пломбировки каналов зубов после препарирования машинными инструментами - хорошее и ручными – оставляет желать лучшего. 4. При работе инструментами системы Wave One для обработки канала требуется в 4 раза меньше времени по сравнению с классической методикой обработки: при работе Wave One – 1 мин 47,5 с +36,4 с, при работе ProTaper – 2 мин 13,6 с +15,43 с, при работе обычными файлами – 4 мин 29,5 с + 33,32 с (p<0,001). 5. При использовании технологии Wave One используется в 4 раза меньше инструментов: при работе Wave One – в среднем 1,5+0,28, ProTaper – в среднем 3,5+0,31, при работе обычными файлами – 8,3+0,45 инструмента (p<0,001). 6. После обработки машинными инструментами системы ProTaper аберрации корневого канала - встречались редко, системы Wave One – отсутствовали, при использовании ручных инструментов – наблюдались часто.

**Заключение:** Применение технологии Wave One дает возможность качественно и быстро обрабатывать корневые каналы. Умелое пользование машинными инструментами системы ProTaper и Wave one может служить залогом успешного эндодонтического лечения.

#### **Литература**

1. Апрятин, С.А. Особенности комплекса медикаментозной и инструментальной обработки корневых каналов Текст. / С.А. Апрятин, В.И. Митрофанов // Эндодонтия Today . 2007. - № 2. - С. 64 - 68.
2. Бризено, Б. Препарирование корневых каналов с использованием механических никель-титановых систем

Текст. / Б. Бризено // Клиническая стоматология. 2000. - Т. 15, № 3. - С. 28 - 33.

3. Гутман, Д.Л. Повторное эндодонтическое лечение с помощью инструментов системы Pro Taper Текст. / Д.Л. Гутман // Новости Dentsply. — 2005. № 11.-С. 28-31.
4. Джонсон, Б. Эволюция эндодонтических инструментов: что, где и почему? Текст. / Б. Джонсон // Новости Dentsply. 2003. - № 8. - С. 26 - 29.
5. Дубова, М.А. Современные технологии в эндодонтии Текст.: учеб. пособие / М.А. Дубова, Т.А. Шпак, И.В. Корнегова- СПб., 2005. 96 с.
6. Макеева, И.М. Смазанный слой корневого канала и его удаление Текст. / И.М. Макеева, А.Б. Пименов // Эндодонтия Today. 2002. - Т. 2, № 1 - 2. - С. 5-9.
7. Мамедова, Л.А. Причины неудачного эндодонтического лечения. Текст. / Л.А. Мамедова, М.Н. Подойникова // Новое в стоматологии. 2005. - Т.125, №1.-С. 4-19.
8. Мылзенова, Л.Ю. Критерии оценки качества эндодонтического лечения на этапах его проведения Текст.: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / Раддл, К.Д. Преимущество инструментов ProTaper: они создают будущее эндодонтии Текст. / К. Д. Раддл // Новости Dentsply. 2003. - № 8. — С. 20 — 25.
10. Раддл, К.Д. Работа с инструментами ProTaper. Будущее эндодонтии Текст. / К.Д. Раддл // Новости Dentsply. 2005. - № 11. - С. 24 - 26.
11. Шумский, А.В. Причины неудач при эндодонтическом лечении Текст. / А.В. Шумский, Е.А. Кочкалева, А.Ю. Поздний // Эндодонтия Today . 2003. -Т.4,№34-С. 7-15.
12. Sjogren U, Figdor D, Persson S, Sundqvist G. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. Int Endod J 1997; 30(5): 297-306
13. Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. Dent ClinAmer 1974; 18(2): 269-296
14. West JD. Endodontic predictability "Restore or remove: how do I choose?" In Cohen M, Interdisciplinary Treatment Planning: Principles. Design, Implementation. Quintessence Publishing Co., 2008:123-64.
15. Roane JB, Sabala CL, Duncanson MG. The "balanced force" concept for instrumentation of curved canals. J. Endod 1985; 11(5): 203-211
16. Johnson E, Lloyd A, Kuttler S and Namerow K. Comparison between a novel nickel titanium alloy and 508 Nitinol on the cyclic fatigue life of Profile 25/04 rotary instruments. J.Endod 2008; 34(11): 1406-1409
17. Walia HM, Brantley WA, Gerstein H. An initial investigation on the bending and torsional properties of Nitinol root canal files. J Endod 1998; 14(7): 340-351
18. Reddy SA, Hicks ML. Apical extrusion of debris using two hand and two rotary instrumentation techniques. J. Endod 1998; 24(9); 180-3



### **ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА НОГТЕВОГО ЛОЖА У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ЦИФРОВОЙ ВИДЕОКАПИЛЛЯРОСКОПИИ**

**Мишакова А.В.**

*г. Санкт-Петербург, Россия*

*ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»*

*Медицинский факультет*

*Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии*

Научный руководитель:

Гзгзян А.М. - д.м.н., профессор

**Актуальность:** дисфункция эндотелия и нарушение перфузии тканей на микроциркуляторном уровне являются ключевым этапом развития боль-

шинства социально значимых заболеваний [1]. Выявление доклинических признаков микроангиопатии становится возможным с использованием капилля-



роскопии, инструментального метода, позволяющего оценивать морфологию капилляров и микроциркуляцию ногтевого ложа [2].

В настоящее время в отечественной литературе отсутствуют сведения, касающиеся характеристики микроциркуляторного русла ногтевого ложа у здоровых женщин раннего репродуктивного возраста, что делает невозможным выявление его патологических изменений.

**Цель:** описать качественные и количественные параметры микроциркуляторного русла ногтевого ложа у здоровых женщин раннего репродуктивного возраста при помощи цифровой видеокapилляроскопии.

**Материалы и методы:** видеокapилляроскопическое исследование ногтевого ложа проведено у 21 здоровой женщины раннего репродуктивного возраста при помощи цифрового капилляроскопа AM4113-N5UT Dino-Lite Premier. Стандартной точкой исследования выбран четвертый палец недоминантной руки, прицельно исследовался дистальный ряд нутритивных капилляров ногтевого ложа. Видеозапись изображения осуществлялась от левого края ногтевого ложа до правого края. Анализ полученных данных проводился с использованием программного обеспечения DinoCapture 2.0, version 1.4.0.B.

**Результаты:** Архитектура микроциркуляторного русла ногтевого ложа у 21 (100%) исследуемых женщин представлена петлями капилляров, которые имеют одинаковую форму и правильную ориентацию, располагаются равномерно в один ряд.

Преобладающая форма капиллярных петель у большинства женщин – шпилькообразная 20 (95,2%). «Перекресты» капиллярных петель выявлены у 4 (19,1%) женщин. Повышенная извитость капиллярных петель выявлена у 3 (14,3%) женщин. Разветвленность петель, микрокровоизлияния и аваскулярные участки не выявлены у исследуемых женщин. Подсосочковое венозное сплетение выявлено у 5 (23,8%) здоровых женщин.

Длина видимой части капиллярной петли составила  $0,443 \pm 0,055$  мм, диаметр афферентного колена  $0,022 \pm 0,003$  мм, диаметр петли  $0,056 \pm 0,007$  мм, диаметр эфферентного колена  $0,034 \pm 0,006$  мм. Плотность расположения капиллярных петель  $10,86 \pm 1,11$  петель/мм.

**Выводы:** определены качественные и количественные параметры микроциркуляторного русла ногтевого ложа у здоровых женщин раннего репродуктивного возраста по данным цифровой видеокapилляроскопии.

### Литература

1. Endothelium-dependent contractions and endothelial dysfunction in human hypertension / D. Versari, E. Daghini, A. Viridis, L. Ghiadoni, S. Taddei// British Journal of Pharmacology. - 2009. - №4. - P. 527-536.
2. Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis: results of a Delphi Consensus Study from EULAR Scleroderma Trials and Research Group / J. Avouac, J. Fransen, U. A. Walker, V. Riccieri, V. Smith, C. Muller, I. Miniati, I. H. Tarner, S Bellando Randone, M. Cutolo, Y. Allanore, O. Distler// Annals of The Rheumatic Diseases. - 2011. - №3. - P. 476-481.

\*\*\*

### ВОЗМОЖНОСТИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Мурина К.А.**

г. Омск, Россия

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель:

Галянская Е.Г. - к.м.н., доцент

В последнее время все больший интерес вызывает проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и влияние данной патологии на течение беременности и родов. В настоящее время эта проблема до конца не изучена, и является предметом пристального внимания многих ученых. Данная патология может приводить к различным осложнениям в родах, одним из наиболее частых осложнений является слабость родовой деятельности. Данные литературы

свидетельствуют о том, что первичная слабость родовой деятельности наблюдается у 2-10%, а вторичная – 2,5% рожениц. В структуре экстренного абдоминального родоразрешения аномалии родовой деятельности занимают 2-3 место, достигая 37%.

**Цель исследования.** Изучение характера и частоты акушерских осложнений у женщин с признаками дисплазии соединительной ткани во время беременности и родов.

### Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ частоты акушерских осложнений у женщин с признаками дисплазии соединительной ткани во время беременности.

2. Провести ретроспективный анализ частоты акушерских осложнений у женщин с признаками дисплазии соединительной ткани во время родов.

**Материал и методы.** Для изучения течения и исходов родов для матери и плода у женщин с признаками ДСТ был проведен проспективный анализ. Фенотипические признаки ДСТ оценивались по шкале С.Н.Буяновой и соавторов. Под нашим наблюдением находилось 156 пациенток, родоразрешенные в родильном доме №6 г.Омска. Все пациентки были разделены на 2 группы. Обе группы были идентичны по возрасту и течению беременности. Средний возраст женщин составил 32±1 лет. Первую (основную) группу составили 96 (61,5%) рожениц с признаками дисплазии соединительной ткани: варикозное расширение вен у 49 (31,4%); пролапс митрального клапана у 14 (9%); у 7 (4,5%) имела место осложненная миопия и варикозное расширение вен; миопия легкой степени была у 17 (10,9%); вегетососудистая дистония по гипертоническому типу у 9 (5,8%) рожениц. Вторую группу (сравнения) составила 60 (38,5%) роженица без признаков соединительной ткани.

**Результаты.** У 82 (85,6%) беременных с патологией соединительной ткани (СТ) роды произошли в срок, у беременных без ДСТ – 57 (95%). Только 29 (30%) из 96 рожениц с ДСТ, у которых планировалось ведение родов через естественные родовые пути, не имели осложнений в родах. В основной группе достоверно чаще, чем у здоровых встречалось: несвоевременное излитие околоплодных вод – 43 (44,4%), острая гипоксия плода – 9 (11%), дефект плацентарной ткани – 7 (8%), аномалии родовой деятельности – 6 (6,2%) (слабость родовой деятельности).

У здоровых женщин также выявляли осложнения в родах: различные аномалии родовой деятельности у 7 (12%) рожениц, несвоевременное излитие околоплодных вод у 11 (19%), кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде у 1 (2%) пациентки.

Указанные осложнения явились причиной более высокой потребности в оперативных пособиях. Кесарево сечение в плановом порядке произведено у 16 (17,1%) пациенток с ДСТ и 6 (10%) здоровым беременным. Кесарево сечение в экстренном порядке произведено 4 (4,6%) женщинам основной группы и 2 (4%) здоровым беременным.

У части пациенток основной группы показаниями к оперативному родоразрешению служили

состояния, ассоциированные с диспластическими изменениями: осложненная миопия (18 женщин), оперированные сколиоз (1 женщина), варикозное расширение вен вульвы и недостаточность вен нижних конечностей (2 женщины).

У женщин группы сравнения основным показанием к оперативному родоразрешению служила гипоксия плода в родах. Следует отметить большую разницу частоты данного показателя: у женщин с ДСТ – 20 (21%) и у женщин без ДСТ – 5 (9%), такая разница, по-видимому, связано с преобладанием женщин с патологией соединительной ткани.

Рассматривая родовой травматизм матери, следует отметить, что разрывы шейки матки встречались с различной частотой в сравниваемых группах: 23,2% и 9,1% соответственно. Однако разрывы промежности достоверно чаще были у женщин с синдромом ДСТ – 35,2% против 12% в контрольной группе, что возможно связано с уменьшением содержания коллагена III типа в коже промежности пациенток с коллагенопатией.

**Выводы.** Из анализа можно сделать вывод, что у беременных с патологией соединительной ткани значительно чаще, чем у здоровых женщин, наблюдаются отклонения от физиологического течения беременности и родов: несвоевременное излитие околоплодных вод (44,2%), слабость родových сил (23,2%), гипотонические кровотечения (3,8%), внутриутробная гипоксия плода (11%), разрыв промежности (32,5%). Обращает внимание высокая частота гипотонического кровотечения у женщин с патологией соединительной ткани (4,2%), что более, чем в 2 раза превышает аналогичные показатели в группе здоровых женщин (2%).

Так же отмечено, что в группе пациенток с наличием фенотипических признаков ДСТ, осложнения в родах и раннем послеродовом периоде встречаются в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. В связи с чем необходимо расширенное обследование беременных, направленное на выявление признаков дисплазии соединительной ткани. Данные подходы позволяют снизить родовой травматизм женщины, улучшить качество жизни пациенток, путем наиболее бережного ведения родов и выбора метода родоразрешения.

### Литература

1. Соловьев Л.Д., Бурдина Л.М., Гришковец Е.Г. 159, Дисплазия соединительной ткани. – М.: Видар, 1999. – 128 с.:ил.
2. Манжетко В.П. Какишвили Н.И. Дисплазия соединительной ткани в акушерской практике. М.: Фирма СТРОЛ, 2000. – 546с.
3. Дацюк Л.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из основных проблем в современном акушерстве.// Современные технологии в клинической больнице. Москва. - 2002. – 234 с.

\*\*\*

**ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА  
ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ**

*Ольшницкая О.В., Кравченко И.В.*

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт*

Поиск новых средств и способов лечения социально значимых заболеваний продолжает оставаться актуальным направлением фармацевтики. Лечение ран различного происхождения представляет важную задачу для медицины. Спектр ранозаживляющих препаратов в настоящее время чрезвычайно широк. Но задача повышения их эффективности, сокращения сроков заживления ран по-прежнему является актуальной. Особое место занимают трофические язвы, которые значительно ухудшают качество жизни, плохо поддаются лечению, приводят к инвалидизации больных. Поэтому проблема лечения ран является не только медицинской, но и социально-экономической.

Сегодня большое внимание уделяется созданию препаратов на основе фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа). ФНО-альфа проявляет прямое цитотоксическое действие против различного вида опухолей, активирует иммунный противоопухолевый ответ, индуцирует геморрагический некроз определенных трансплантированных опухолей с селективным повреждением опухолевых васкулярных эндотелиальных клеток. В последние годы получены доказательства противовирусного, фунгицидного, антибактериального действия ФНО, участие его в свертываемости крови.

Сегодня доказано, что заживление раны невозможно без функционирования макрофагов, которые выделяют способствующие развитию воспаления цитокины (интерлейкин-1 и ФНО-альфа), играющие роль в первичной очистке раны.

Уровень цитокинов в нормально заживающей ране меняется в зависимости от фазы заживления и необходим баланс цитокинов в ране, от которого зависят механические свойства внеклеточного матрикса и оптимальное заживление ран. Показано, что в ненормально и долгозаживающих ранах (от хронических ран до гипертрофических рубцов) присутствует избыток ФНО-альфа. Ингибирование ФНО во время заживления ран приводит к ухудшению процесса заживления.

Обнаружено, что нарушение секреции цитокинов может являться основной причиной, приводящей к развитию тяжелого воспалительного процесса и вялотекущей регенерации тканей. В данных

процессах экзогенно введенные цитокины, инициируют миграцию клеток крови в рану, стимулируют кислородный метаболизм и фагоцитоз, ведут к очищению раневой поверхности от гнойно-некротических масс и ускорению наступления фазы регенерации. А также, экзогенные цитокины запускают локальный цитокиновый каскад с участием клеток раны, стимулируя синтез коллагена, пролиферацию фибробластов, эндотелиальных клеток, нервных образований.

В результате применения цитокинов, в том числе ФНО-альфа, в лечении ран можно добиться более быстрой деконтаминации раны от микрофлоры, более раннего очищения раневой поверхности от некротических тканей, активации репаративных процессов, ранней эпителизации. Это открывает клиницистам возможность разработки новых методов лечения ран с использованием ФНО-альфа.

Существуют различные подходы к конструированию новых форм препаратов и методов применения, широко представленные в научной литературе: совместное использование ФНО-альфа с другими препаратами и цитокинами; локальное и внутриопухолевое введение препарата; создание мутантных форм ФНО-альфа со сниженной токсичностью; модификация молекул ФНО-альфа; создание препаратов ФНО-альфа в средствах доставки и др. Показано, что при использовании таких подходов удается достичь снижения системной токсичности, увеличения терапевтического эффекта, увеличения периода полужизни ФНО-альфа в плазме крови и его накопления в опухоли.

На основании анализа литературных данных можно заключить, что в качестве компонентов для получения лекарственной формы рекомбинантного человеческого ФНО-альфа для местного применения могут быть перспективными водорастворимые неионогенные полимеры: реополиглоктин и полиэтиленгликоль, которые обладают хорошей растворяющей способностью и являются стабилизаторами для различных биологически активных веществ. Декстраны обладают большой гидрофильностью. Производные декстрана могут образовывать гели и используются для получения композиций, обладающих разнообразными по своему лекарственному действию свойствами.

Все это свидетельствует о перспективности дальнейших исследований по созданию новых препаратов ФНО-альфа с улучшенными терапевтическими свойствами с использованием полимеров для локального применения, в том числе в виде мазей. Использование мазей является эффективным, удобным и высоко безопасным способом лечения онкологических, инфекционных и иных заболеваний кожи и слизистых, в том числе раневых поверхностей.

Были получены экспериментальные образцы лекарственной формы рекомбинантного челове-

ского ФНО-альфа с реополиглиукином и полиэтиленгликолем. Внесение полимеров не снижает активность белка цитокина рчФНО-альфа. В результате, показано, что композиции ФНО-альфа с полимерами могут быть пригодными для включения их в мазевую форму препарата.

Создание новой лекарственной формы фактора некроза опухоли альфа для местного применения является одним из важных решений в осуществлении патогенетической терапии локализованного воспалительного процесса.

\*\*\*

### ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РАК ЖЕЛУДКА

**Осипова О.Н.**

*г. Сургут, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»*

*Медицинский институт*

*Кафедра патологической физиологии и общей патологии*

Научный руководитель:

Наумова Л.А. - д.м.н., профессор

Если представление о развитии РЖ кишечного типа укладывается в известный каскад *Correa*: хронический атрофический гастрит – кишечная метаплазия - дисплазия эпителия - рак, то рак диффузного типа ассоциируется с патологией стромального компартмента слизистой оболочки желудка (СОЖ). Этот путь связывают с изменением функции клеток соединительной ткани (вследствие мутаций или эпигеномных повреждений) и состава экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ), прежде всего, белков базальной мембраны (коллагена IV типа, фибронектина, ламинина), интегринов и протеинов *zonula adherens* (Е-кадгерина и различных катенинов) [1, 6]. Такой путь сравнительно быстро приводит к развитию рака из нетрансформированного щечного эпителия желудочных желез вследствие нарушения его дифференцировки [1]. В этом аспекте особый интерес представляет хроническая патология желудка на фоне дисплазии соединительной ткани (ДСТ), изначально определяющей иной характер «подложки» и изменение эпителио-стромальных отношений [2, 3].

Соединительная ткань (СТ) – не только важнейшая интегративная система организма, но и составляющая сосудисто-эпителио-стромальных отношений, определяющих сохранение тканевого гомеостаза и активно модулирующих течение патологического процесса [2, 5, 6]. Среди многочисленных взаимосвязанных функций СТ особого внимания заслуживают морфогенетическая (структурообразующая), проявляющаяся в регулирующем влиянии ком-

понентов СТ на пролиферацию и дифференцировку клеток различных тканей как в эмбрио-, так и постнатальном онтогенезе, и пластическая, выражающаяся в регенерации и восстановлении поврежденных тканей, адаптации к меняющимся условиям существования [2].

Дисплазия СТ – нарушение развития СТ в эмбриональном и постнатальном периодах, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества межклеточного, или ЭЦМ, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений внутренних и локомоторных органов с прогрессивным течением. Распространенность проявлений ДСТ в популяции, по данным разных авторов, составляет от 26 до 80% и в значительной степени определяет характер течения разнообразных видов патологии [4].

Предшествующие исследования показали, что структурно феномен атрофии СОЖ при ДСТ ассоциируется с ее характерной тканевой организацией (уменьшение плотности и неравномерность залегания желез, тенденция к их мукоидизации и кистозной трансформации, увеличение плотности сосудов, формирующее зрительный феномен «перфорированности» собственной пластинки) и в целом отражает дисплазию слизистой, формирующуюся, вероятно, как в эмбрио-, так и постнатальном онтогенезе при воздействии различных патогенных факторов и представляющую собой своеобразную гастропатию

[3]. Отмеченные особенности структурной организации СОЖ сопровождаются изменением экспрессии важнейших адгезивных молекул ЭЦМ (фибронектина и ламинина), развитием дисбаланса в системе трансформирующий фактор роста бета – рецепторы к нему 1 типа (TGF $\beta$ -TGF $\beta$ R1) и изменениями пролиферативной активности эпителиоцитов СОЖ. Выявленные особенности ЭЦМ и нарушений эпителио-стромальных отношений могут быть важным патогенетическим механизмом формирования гастропатии при системной недифференцированной дисплазии СТ [3].

В этом контексте представляет интерес изучение особенностей РЖ у пациентов с ДСТ.

**Цель** – изучить особенности рака желудка (РЖ) у пациентов с системной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (ДСТ) для оценки ее возможного влияния на желудочный канцерогенез.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ клинико-анамнестических данных у 61 больного РЖ в возрасте 29 - 78 лет, из числа которых 33 пациента с висцеральными признаками ДСТ составили 1-ю группу, 28 больных без признаков ДСТ – вторую. Сравнительный статистический анализ выполнялся с использованием критерия Стьюдента и  $\chi^2$ -критерия. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез был принят равным 0,05.

**Результаты.** Анализируемые группы не различались по структуре гистотипов РЖ: аденокарцинома (АК) в 1-й группе отмечена в 48,5%, во 2-й - в 46,4% случаев, перстневидноклеточный рак (ПКР) соответственно в 24,2 и 17,9%, смешанный рак, представленный АК и перстневидными клетками – в 27,3 и 35,7%. Среди всех случаев с РЖ висцеральные признаки системной недифференцированной ДСТ чаще встречались у больных с АК и ПКР – соответственно 55,2 и 61,5% случаев, при СРЖ они отмечены в 42,1% случаев.

По частоте признаков ДСТ преобладала стигматизация мочеполовой системы (54,5%) и желудочно-кишечного тракта (39,4%), по характеру стигм – кистообразование в различных (почки, печень, яичники) органах (73%) с преобладанием в почках – 48,5% случаев, из числа которых у 2-х больных имели место метакронные опухоли почек.

Первую группу отличали: в 3 раза большая доля больных в возрасте до 40 лет (12 и 3,6% соответственно); высокая частота гастритического (хронический гастрит, язвенная болезнь) анамнеза (69,7

и 35,7%,  $p < 0,01$ ) и, в частности, хронической язвы (27,3%, во 2-й группе – 10,7%); в целом среди больных с РЖ хроническая язва в анамнезе преобладала при АК (27,6%). Среди сопутствующей патологии в обеих группах отмечена высокая частота заболеваний сердечно-сосудистой системы и гепатопанкреато-дуоденальной зоны, в 1-й – также заболеваний мочеполовой системы (30%). Полинеоплазии имели место по группам - в 15,2 и 14,3% случаев.

Таким образом, сравнительный анализ двух рассматриваемых групп позволил выделить следующие особенности РЖ у пациентов с системной недифференцированной ДСТ: более молодой возраст больных, высокая частота гастритического анамнеза и, в частности, хронической язвы желудка, преобладание из признаков ДСТ стигматизации мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта, высокая частота ассоциированности с феноменом кистообразования. Учитывая пластическую, морфогенетическую и защитную функции соединительной ткани в норме, особенности эпителио-стромальных отношений, экстрацеллюлярного матрикса, местного иммунитета и репаративных процессов в слизистой оболочке желудка при ДСТ, нельзя исключить влияния последней на желудочный канцерогенез, что требует продолжения исследования.

### Литература

1. Аруин Л.И. Рак желудка /Л.И. Аруин //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 1999. - №1. – С. 72-78.
2. Наумова Л.А. Соединительная ткань как система: отдельные клинические аспекты / Л.А. Наумова, С.В. Пушкарев // Вестник СурГУ. Медицина. – 2009. – № 3. – С. 45–56.
3. Наумова Л. А. Особенности экстрацеллюлярного матрикса и нарушений эпителио-стромальных отношений в механизме формирования атрофии слизистой оболочки желудка, ассоциированной с системной дисплазией соединительной ткани/Л.А. Наумова, О.Ф. Саблина // Вестник СурГУ. Медицина. – 2012. - №13 (3). – С. 42 – 56.
4. Нечаева Г.И. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов / Г.И. Нечаева, И.А. Викторова. – Омск: Типография Бланком. – 2007. – 188 с.
5. Шехтер А.Б. Воспаление, адаптивная регенерация и дисрегенерации (анализ межклеточных взаимодействий)/А.Б. Шехтер, В.В. Серов // Арх. патол. – 1991. – № 7. – С. 7 – 14.
6. Coradini D. Epithelial cell polarity and tumorigenesis: new perspectives for cancer detection and treatment/D. Coradini, C. Casarsa, S. Oriana // Acta Pharmacologica Sinica advance online publication. – 2011. – № 18. <http://maciej.bioinfo.pl>

\*\*\*

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ ХМАО – ЮГРЫ**

**Ростовщикова Ю.Б.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра биологии с курсом микробиологии*

Научный руководитель:

Зуевский В.П. - д.м.н., профессор

**Актуальность исследования.** Растущий уровень потребления спиртных напитков, значительное омоложение наркологического контингента, неконтролируемый прием суррогатов алкоголя все более акцентирует внимание исследователей на соматические проявления последствий употребления алкоголя. Выявление и привлечение к лечению больных хроническим алкоголизмом связаны со значительными трудностями, которых нет при изучении других заболеваний, так как в начальной стадии отсутствуют заметные для субъективной оценки больного расстройства здоровья.

**Объекты исследования.** Проводилось исследование микропрепаратов сердца, у лиц с хронической алкогольной интоксикацией.

Среди женщин и мужчин выделялись следующие возрастные группы:

1. Средний возраст I периода 22-35 лет (15 наблюдений).
2. Средний возраст II периода 36-60 лет (15 наблюдений).

**Методы исследования.** Препараты тканей сердца окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гинзону, Слинченко и Селье, нильским голубым, реактивом Шиффа по Мансу.

**Результаты и их обсуждения.** При морфологическом изучении сердца исследуемых двух групп получены следующие данные. Патология сердца наблюдалась в 100% случаев и была представлена дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), которая напрямую связана с длительным употреблением этанола. Алкоголь оказывает прямое повреждающее действие на кардиомиоциты, вызывая глубокие метаболические расстройства и структурные изменения миокарда в виде выраженной атрофии кардиомиоцитов и развитии псевдогипертрофии. При секционном исследовании лиц, умерших от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне длительной алкогольной интоксикации, сердце имело классическую морфологическую картину, характерную для ДКМП. Наблюдалась выраженная гипертрофия миокарда (масса сердца более 350 г), миогенная дилатация полостей сердца, дряблость миокарда, тусклый, гнило-

стый вид миокарда на продольных срезах. Данная морфологическая картина была постоянной и констатировалась во всех наблюдаемых случаях. Патологии клапанов сердца, а так же изменений со стороны коронарных артерий и аорты в первой группе выявлено не было. Во второй группе в нескольких случаях изменения со стороны коронарных артерий были минимальны и представлены липосклерозом преимущественно в устьях артерий.

Патогистологическому исследованию были подвергнуты все отделы сердца, включая межжелудочковую и межпредсердную перегородку. Изучение миокарда показало достоверные признаки ДКМП. Во всех случаях наблюдалась атрофия кардиомиоцитов с замещением их жировой клетчаткой. По периферии сосудов и между отдельными кардиомиоцитами наблюдалось развитие рыхлой соединительной ткани и жировой клетчатки, занимающие большие пространства. Помимо атрофичных встречались и псевдогипертрофированные кардиомиоциты с гипертрофированным ядром, вокруг которого наблюдалась прозрачная перинуклеарная зона. Отмечается вакуолизация и жировая дистрофия саркоплазмы большинства кардиомиоцитов. Содержание липофусцина было повышено, зерна пигмента распространяются от полюсов по всей саркоплазме. В некоторых случаях, в миокарде, встречалась лимфогистиоцитарная инфильтрация миокарда с примесью плазматических клеток и единичных эозинофилов. Нередко наблюдалось утолщение отдельных участков эндокарда по типу фиброэластоза. Во второй группе, во многих случаях наблюдался выраженный интерстициальный и периваскулярный фиброз всего миокарда, локализация соединительной ткани отмечалась преимущественно во внутренней трети миокарда. При гистохимическом исследовании отмечалось скопление нейтральных липидов в мышечных волокнах, а содержание дегидрогеназ и оксидаз уменьшено.

**Выводы.** По вышеописанным наблюдениям, можно сказать, что поражение сердечной мышцы носит диффузный характер, что приводит к нарушению функций сердца и развитию сердечной недостаточности.

### Литература

1. Горщенин Ю.Б., Зороастров О.М. К вопросу об изменениях миокарда при алкогольной интоксикации // Сб. Вопросы патологии сердечно-сосудистой системы. Тюмень, 1971. С. 155-157.
2. Забирова И.Г. Кардиотоксическое действие этанола, тетурама и его фармакологическая коррекция в эксперименте. Автореф. канд. биол. Наук. М., 1985.
3. Красилникова Т.Н., Новоселов В.П. К вопросу о диагностике острой и хронической алкогольной интоксикации натрупе. // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Новосибирск, 1995. В.1. С. 20-22.
4. Осипов А.И., Черненко О.Н., Симанин Г.В., Юшкова Г.И. Варианты танатогенеза при остром и хроническом отравлении алкоголем. // Сб. трудов. Благовещенск, 1983.
5. Пауков В.С., Свистухин А.И. Алкогольное повреждение миокарда. // Архив патологии. 1981. №1. С. 68-73.

\*\*\*

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИОКАРДА У ЖИТЕЛЕЙ ХМАО – ЮГРЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ И БЕЗ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ

*Ростовщикова Ю.Б.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра биологии с курсом микробиологии*

Научный руководитель:

Зуевский В.П. - д.м.н., профессор

**Актуальность исследования.** Алкоголь и человечество является международной проблемой, так как во многих странах, к сожалению, рост населения не снижается, а даже отмечается его рост. Алкоголь наносит значительный ущерб здоровью людей. Злоупотребление им приводит к поражению различных систем организма, способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, в частности алкогольной кардиомиопатии (АКМ), в результате чего сокращается продолжительность жизни.

Описторхозная инвазия (ОИ) широко распространена в ХМАО – Югра, инфицированность достигает 65-70% (на отдельных территориях до 97%).

ОИ, как и хронический алкоголизм (ХА) является системным заболеванием с поражением многих органов систем.

ХА и ОИ являются глобальными проблемами современной медицины, и смерть от этих заболеваний наступает в большинстве случаев в трудоспособном возрасте.

**Объекты исследования.** Исследование проводилось в двух группах:

1. Препараты тканей сердца 22-х умерших с признаками АК и с наличием алкоголя в крови (0,5-1,3 промилле).

2. Препараты тканей сердца 22-х умерших с признаками АКМ, с наличием алкоголя в крови (0,5-1,3 промилле) и наличием признаков ОИ.

**Методы исследования.** Препараты тканей сердца окрашивали гематоксилином и эозином, по

Ван Гинзону, Слинченко и Селье, нильским голубым, реактивом Шиффа по Мансу. Степень клеточной инфильтрации и склеротических процессов регистрировалась посредством определения индекса площади, занимаемой клеточными элементами и волокнистыми структурами (%), а так же выяснялась их процентная доля в составе инфильтратов.

**Результаты и их обсуждения.** При морфологическом изучении сердца исследуемых двух групп получены следующие данные в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что в обеих группах, в миокарде, в равных % обнаружены выраженные дистрофические изменения кардиомиоцитов (белковая и жировая дистрофии, атрофия), липоматоз. Незначительно отличаются в % соотношении признаки ишемии кардиомиоцитов, склероз миокарда и склероз стенок сосудов. Значительно отличаются в % соотношении, с более выраженными изменениями во второй группе, фрагментация и гипертрофия кардиомиоцитов, наличие круглоклеточных инфильтратов, отек кардиомиоцитов и стромы миокарда, периваскулярный склероз и кардиосклероз.

**Выводы.** При сравнении двух групп более выраженные дистрофические изменения кардиомиоцитов, липоматоз и склероз миокарда, большее количество круглоклеточных инфильтратов, более выраженный отек кардиомиоцитов и стромы миокарда наблюдался у исследуемых при сочетанном влиянии ХА и ОИ.

## СЕКЦИЯ «СОВЕТА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ»

Таблица 1.

Морфологические признаки	Первая группа (исследуемые без ОИ)	Вторая группа (исследуемые с наличием ОИ)
1	2	3
Белковая дистрофия кардиомиоцитов	22 (100%)	22 (100%)
Жировая дистрофия кардиомиоцитов	16 (73%)	17 (77%)
Фрагментация кардиомиоцитов	1 (5%) крупные очаги 5 (23%) мелкие очаги	6 (27%) крупные очаги 12 (55%) мелкие очаги
Гипертрофия кардиомиоцитов	14 (64%)	20 (90%)
Атрофия кардиомиоцитов	20 (90%)	22 (100%)
Круглоклеточные инфильтраты	4 (18%) единичные мелкие очаги	8 (36%) единичные мелкие очаги 3 (14%) множественные мелкие очаги
Признаки ишемии кардиомиоцитов	8 (36%)	11 (50%)
Отек кардиомиоцитов	2 (9%)	12 (55%)
Отек стромы миокарда	11 (50%)	22 (100%)
Атеросклероз	0 (0%)	4 (18%)
Периваскулярный склероз	4 (18%)	9 (41%)
Периваскулярный липоматоз	17 (77%)	18 (82%)
Склероз миокарда	5 (23%)	9 (41%)
Липоматоз миокарда	18 (82%)	22 (100%)

### Литература

1. Бычков В.Г., Зороастров О.М., Ярославский В.Е. и др. Судебно-медицинское значение описторхоза // Судебно-медицинская экспертиза, 1986. №2. С. 36-38.
2. Горщеня Ю.Б., Зороастров О.М. К вопросу об изменениях миокарда при алкогольной интоксикации // Сб. Вопросы патологии сердечно-сосудистой системы. Тюмень, 1971. С. 155-157.
3. Красильникова Т.Н., Новоселов В.П. К вопросу о диагностике острой и хронической интоксикации на трупе // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Новосибирск, 1995. В.1. С. 20-22.
4. Пауков В.С., Свистухин А.И. Алкогольное повреждение миокарда. // Архив патологии. 1981. №1. С. 68-73

\*\*\*

### ОСОБЕННОСТИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ЮНОШЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

**Сафонова В.Р.**

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра нормальной и патологической физиологии*

Научный руководитель:

Корчин В.И. - д.м.н., профессор

**Введение.** Адаптация организма к воздействию различных факторов окружающей среды (в том числе и к физическим нагрузкам) в значительной мере связана с реакциями сердечно-сосудистой системы (ССС) и ее регуляторных механизмов. Сердце является весьма чувствительным индикатором всех происходящих в организме событий. Ритм его сокращений, регулируемый симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы (ВНС), реагирует на любые стрессорные воздействия [1, 2]. Исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) при ортостатиче-

ской пробе позволяет получить информацию о состоянии различных звеньев автономной нервной системы, регулирующих сердечную деятельность, и в целом об адаптационных возможностях организма.

Исходя из вышесказанного, **целью** нашего исследования было изучение ортостатической реакции юношей с разным уровнем двигательной активности по показателям спектральной мощности сердечного ритма.

**Материалы и методы.** Исследование было выполнено на лицах мужского пола (возраст 17-22



лет), спортсменах высокой квалификации, специализирующихся в различных видах спорта (n=30) (1 группа) и студентах медицинского вуза (n=41) (2 группа), не имеющих хронических заболеваний и не болевших последние две недели перед обследованием. Показатели ВРС регистрировались при помощи пульсоксиметра «ЭЛОКС-01С2», разработанного и изготовленного ЗАО ИМЦ «Новые приборы», г. Самара, РФ (Калакутский Л.И., Еськов В.М., 2002-2010). Для изучения вегетативной регуляции сердечного ритма в процессе срочной адаптации к внешним воздействиям применяли активную ортостатическую пробу (АОП). Для анализа ВРС использовались следующие показатели: HF, мс<sup>2</sup>/Гц – мощность спектральной плотности в высокочастотном диапазоне; LF, мс<sup>2</sup>/Гц – мощность спектральной плотности в низкочастотном диапазоне; VLF, мс<sup>2</sup>/Гц – мощность спектральной плотности в «очень» низкочастотном диапазоне; Total Power (TP), мс<sup>2</sup>/Гц – общая мощность спектра; HF, % - мощность высоких частот в процентах; LF, % - мощность низких частот в процентах; LF/HF, у.е. – показатель соотношения высокочастотных и низкочастотных волн; ЧСС – частота сердечных сокращений.

Закономерной реакцией на ортостатическую пробу является учащение пульса. По данным В.Л. Карпмана и соавт. (1988), у хорошо тренированных спортсменов учащение пульса относительно невелико и колеблется в пределах от 5 до 15 уд./мин. В нашем исследовании у спортсменов обнаружили значимое увеличение данного показателя: с 64,23±10,72 до 86,50±10,03 уд./мин. (p=0,0001). Аналогичные изменения были получены в 2 группе, где ЧСС также существенно возросла: с 63,90±9,10 до 88,27±11,78 уд./мин. (p=0,0001). Прирост данного показателя в обеих группах составил соответственно 22,26±9,21 и 24,36±8,44 уд./мин. Согласно данным О.Н. Кудря (2010) [1], прирост ЧСС при выполнении АОП зависит от возраста и составляет в разных возрастных группах от 20 до 46% от исходного уровня; наибольший его прирост выявлен у лиц 15-16 и 17-18 лет. Результаты эксперимента показали, что прирост ЧСС составил 36,76±18,66% в 1 группе и 39,01±14,78% во 2 группе обследуемых. Сравнительный межгрупповой анализ средних значений изучаемого параметра, зафиксированных в покое и при проведении активной ортопробы, не обнаружил значимых различий.

Общая мощность спектра отражает суммарную активность вегетативного воздействия на сердечный ритм: активация вагуса приводит к увеличению TP, повышение активности симпатической нервной системы – к обратному эффекту. В нашем исследовании обнаружили выраженную тенденцию к снижению данного параметра при проведении

АОП в группе спортсменов (p=0,069). Существенное снижение этого критерия было выявлено у студентов медицинского вуза (p=0,022) (см. табл. 1). Необходимо также отметить выраженную суммарную мощность спектра, зафиксированную в клино- и ортостазе, во 2 группе, и ее существенно более высокие значения в сравнении с показателями испытуемых 1 группы (p=0,0001 для фоновой пробы, p=0,001 для АОП).

Основной составляющей высокочастотного компонента является вагусная активность. Это находит отражение в показателе мощности дыхательных волн сердечного ритма в абсолютных цифрах и в виде относительной величины (в % от суммарной мощности спектра). Показатель мощности HF-волн, выраженный в абсолютных цифрах, в обеих группах существенно снизился (p=0,0001); значимое снижение было отмечено также для HF-критерия, представленного в относительных величинах (p=0,0001) (см. табл. 1). Относительный вклад мощности быстрых волн в полный спектр частот у спортсменов в покое был значимо выше в сравнении со значением, полученным у студентов-медиков (p=0,006).

Многие зарубежные авторы утверждают, что мощность «очень» низкочастотной составляющей спектра (медленные волны 2-го порядка) характеризует активность симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС). Значение параметра VLF (в абсолютных цифрах и в виде относительной величины) в эксперименте незначимо снизилось в 1 группе. Во 2 группе абсолютные значения этого показателя существенно снизились (p=0,012). В результате активной ортопробы в группе атлетов были обнаружены значимо более низкие абсолютные значения очень медленных волн (p=0,0001 для фоновой пробы, p=0,004 для АОП). В норме мощность VLF составляет 15-30% суммарной мощности спектра. Полученные значения параметра VLF при проведении АОП превышали верхние пороговые величины (см. табл. 1).

Мощность низкочастотной составляющей спектра (LF) характеризует состояние симпатического отдела ВНС, в частности, системы регуляции сосудистого тонуса. Показатель LF при проведении ортостатической пробы, представленный в виде относительной величины (в % от суммарной мощности спектра), значимо возрос в 1 и 2 группах (p=0,0001) (см. табл. 1). Наряду с этим существенно увеличился индекс вагосимпатического воздействия на сердечный ритм (LF/HF) (p=0,0001) (см. табл. 1). Полученные нами результаты согласуются с данными В.М. Михайлова (2002) [3], в том, что при проведении активной ортопробы увеличивается абсолютная мощность LF-компоненты, в результате показатель LF/HF может значительно возрастать.

**Спектральные характеристики ВРС спортсменов и студентов медицинского вуза при ортостатическом тестировании Me(Q<sub>1</sub> - Q<sub>3</sub>)**

Показатели		Фоновая проба	АОП	р
1		2	3	4
1 группа	TP, мс <sup>2</sup> /Гц	4998,50(2737,00-9216,00)	4136,00(2978,50-5578,25)	0,069
	VLF, мс <sup>2</sup> /Гц	1616,00(1114,00-2914,00)	1609,50(932,75-2172,00)	0,143
	LF, мс <sup>2</sup> /Гц	1339,00(621,00-2602,25)	1973,50(1570,25-2717,50)	0,075
	HF, мс <sup>2</sup> /Гц	1558,00(1024,25-2574,25)	357,50(241,75-664,00)	0,0001
	LF/HF, у.е.	0,81(0,54-1,14)	5,60(3,82-7,82)	0,0001
	VLF, %	38,50(25,18-44,25)	34,54(26,56-46,25)	0,991
	LF, %	27,41(21,75-33,25)	53,85(43,50-63,51)	0,0001
	HF, %	36,90(29,00-43,00)	10,57(7,00-13,09)	0,0001
2 группа	TP, мс <sup>2</sup> /Гц	11315,00(6431,50-18325,50)	8405,00(4085,50-12951,00)	0,022
	VLF, мс <sup>2</sup> /Гц	3923,00(2189,50-9066,00)	3310,00(1160,00-6529,50)	0,012
	LF, мс <sup>2</sup> /Гц	3094,00(1611,50-5622,00)	3480,00(1966,00-6541,00)	0,625
	HF, мс <sup>2</sup> /Гц	3453,00(1469,50-5398,00)	745,00(421,00-1910,50)	0,0001
	LF/HF, у.е.	1,16(0,74-1,66)	4,68(3,15-6,23)	0,0001
	VLF, %	43,67(29,39-53,04)	34,79(25,67-52,91)	0,426
	LF, %	29,30(21,85-35,81)	49,42(38,30-59,06)	0,0001
	HF, %	27,87(19,77-34,60)	10,81(6,54-16,62)	0,0001

Примечание: р – достигнутый уровень значимости

Использование АОП для изучения вегетативной регуляции сердечной деятельности позволяет выявить ведущие регуляторные механизмы в процессе срочной адаптации ССС к внешнему воздействию. Функциональный ответ ВНС на изменение положения тела из горизонтального в вертикальное (ортостатическая реакция) у юношей с разным уровнем двигательной активности характеризуется существенными изменениями величин показателей быстрых и медленных волн. На основании полученных данных можно сделать вывод, что под воздействием АОП увеличивается спектральная мощность медленноволновых характеристик ритма сердца, что приводит к значительному росту коэффициента вагосимпатического баланса. Таким образом, у

спортсменов и лиц, не занимающихся спортом, реакция ССС на ортостатическое воздействие протекает на фоне выраженной активации симпатического отдела ВНС.

#### Литература

1. Кудря О. Н. Вегетативное обеспечение сердечно-сосудистой системы при ортостатическом тестировании спортсменов / О. Н. Кудря // Бюллетень сибирской медицины. - № 3. – 2010. – С. 75-81.
2. Кудря О. Н. Влияние физических нагрузок разной направленности на вариабельность ритма сердца спортсменов / О. Н. Кудря // Бюллетень сибирской медицины. - № 1. – 2009. – С. 36-43.
3. Михайлов В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода / В. М. Михайлов – Иваново: Иван. гос. мед. академия, 2002. – 290 с.

\*\*\*

#### ОЦЕНКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

<sup>2</sup>Скрипкина Н.В., <sup>1</sup>Урванцева И.А.

г. Сургут, Россия

<sup>1</sup>БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер  
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
Медицинский институт

**Цель:** определить наличие и выраженность аффективных расстройств среди пациентов кардиохирургического стационара.

**Материалы и методы:** проведено обследование 67 пациентов кардиохирургического стационара в БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ» г. Сургут.

Средний койко-день составил  $10 \pm 1,8$  дней. Всем проведено анкетирование, которое включало клиничко-демографические вопросы, опросник госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Для статистического анализа использовалась программа BioStat 2008. Критерием достоверности считался  $p < 0,05$ . Сердечно-сосудистый диагноз классифицировался по МКБ-10.

**Результаты.** В исследовании участвовали лица в возрасте  $53 \pm 0,7$  лет. Из них женщин 23 (34,3%), мужчин – 44 (65,7%). Пациенты находились на стационарном лечении по поводу ишемической болезни сердца 50,7%; врожденных пороков сердца 20,8%; нарушения ритма сердца 11,9%; атеросклероза брахиоцефальных сосудов и сосудов нижних конечностей 11,9%, артериальной гипертензии 2,9%. В дооперационном периоде с помощью опросника госпитальной шкалы HADS, были выявлены высокие показатели уровня тревоги (25,3% против 16,4%,

$p < 0,001$ ). Достаточно часто выявлялись высокие уровни клинически выраженной депрессии – 16,4% в послеоперационном периоде (на  $7 \pm 1,3$  сутки). У пациентов кардиохирургического стационара клинически выраженная тревога встречалась в 25,3%, субклинические проявления в 29,8% и не отмечалась тревога в 44,7% случаев. В тоже время, депрессия с выраженными проявлениями выявлена в 16,4%, субклинические признаки в 32,8% и не отмечалась депрессия у 50,7% пациентов. Какой либо достоверной связи между возрастом, клиническим диагнозом и уровнем тревоги и депрессии не выявлено.

**Выводы.** У пациентов кардиохирургического стационара в дооперационном периоде чаще регистрируется тревога (25,3%,  $p < 0,05$ ), а в послеоперационном – депрессия (16,4%,  $p < 0,05$ ). Зависимости между клиническими диагнозами по классификации МКБ-10, возрастом пациентов и уровнем аффективных расстройств не выявлено.

\*\*\*

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНОГО МИНЕРАЛА «ОПОКА-ЦЕОЛИТ» В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Стулов А.С., Филиппова В.М., Заплетина Н.А.,  
Аракельян Р.С., Аракельян А.С.*

*г. Астрахань, Россия  
ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»  
Минздрава России  
Кафедра инфекционных болезней*

Цистный эхинококкоз – биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением, образованием кист и деструктивным поражением печени, легких и других органов.

Наиболее частая локализация гельминта – печень и легкие, но он может поражать и другие органы (мозг, почки, сердце) как первично, так и вследствие развития метастазов. Эхинококкозы могут сопровождаться тяжелыми осложнениями, приводящими к инвалидности и смерти. Обычно случаи эхинококкозов выявляются в поздних стадиях, через несколько лет после начала заболевания.

За последние 10 лет в Астраханской области зарегистрировано 80 случаев эхинококкоза человека. Частота заболеваемости эхинококкозом в Астраханской области составляет 0,89 на 100 тыс. человек. При иммунологических обследованиях населения выявляется до 13,5% зараженных из числа обследованных.

До недавнего времени считалось, что эхинококкоз головного мозга – редкое паразитарное за-

болевание, однако частота случаев за последние годы позволяет существенно изменить это представление.

Для эхинококкоза головного мозга характерно длительное бессимптомное течение заболевания, поскольку киста увеличивается медленно (в среднем на 1 см в год) и обычно не вызывает реактивных изменений в ткани мозга.

Иногда первым симптомом болезни могут быть клонические эпилептические припадки с последующим присоединением локальных припадков. После развития локальных двигательных припадков выявляется очаговая пирамидная симптоматика.

Эхинококкоз головного мозга распознается чрезвычайно сложно, но можно. Обычно, вначале предполагается диагноз – опухоль мозга, который можно верифицировать при магнитно-резонансной томографии или во время операции головного мозга. Уточняется диагноз в случаях выявления эхинококкоза во внутренних органах (чаще всего в печени) и получении некоторой анамнестической информации о профессии (контакт с животными).

При исследовании крови, обычно обнаруживают эозинофилию. В цереброспинальной жидкости имеется небольшой плеоцитоз с присутствием эозинофилов, а также и небольшое увеличение уровня белка, в некоторых случаях – отдельные части пузыря.

Лечение эхинококкоза ЦНС - преимущественно хирургическое, поскольку на момент диагностики пузыри практически всегда достигают большого размера. Основным методом хирургического лечения эхинококкоза является удаление кисты без вскрытия стенки. Это возможно при поверхностной локализации и не очень больших размерах паразита.

Мы хотели бы привести пример эхинококкоза головного мозга, который мы наблюдали у жительницы Республики Дагестан, временно проживающей в г. Астрахани.

### **Клинический пример.**

Больная М., 20 лет.

**Жалобы:** на периодически возникающие головные боли, головокружение, рвоту. Один раз был отмечен эпилептический припадок.

**Параметры исследования:** исследование головного мозга выполнено в поперечных, сагитальных и фронтальных проекциях, в T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> и f1air последовательностях без усиления и с усилением сигнала.

**Протокол обследования:** срединные структуры не смещены.

В правой теменной области визуализируется обширная зона постоперационных кистозно-глиозно-атрофических изменений паренхимы мозга с неравномерным расширением субарахноидального пространства. Зона глиоза распространяется на перивентрикулярные отделы височного рога правого бокового желудочка, субкортикальные отделы островка. На этом фоне в пределах зоны вмешательства глубинно в области задней трети кортикальной поверхности правого островка, визуализируется патологический участок неправильной формы с четкими неровными контурами, смешанной интенсивности сигнала на T<sub>2</sub>, средней и слегка повышенной на T<sub>1</sub> томограммах, повышенной на f1air томограммах, 16 мм (вертикальный) \* 23 мм (переднезадний) \* 13 мм (поперечный). После в/в усиления сигнала (Магневист 15 мл) отмечается интенсивное преимущественно кольцевидное накопление контрастного препарата в описанном патологическом участке.

Расширены периваскулярные пространства в субкортикальных, перивентрикулярных отделах полушарий мозга, в базальных ганглиях.

Боковые желудочки ассиметричны с преобладанием в размерах правого, в т.ч. височные рога. Ширина боковых желудочков на уровне тел: справа 14 мм, слева 12 мм. Третий желудочек шириной

10 мм. Водопровод мозга функционирует, не сужен. Имеется легкое расширение конвекситальных борозд и щелей полушарий мозга, цистернальных пространств ЗЧЯ.

Гиппокампы ассиметричны с признаками гипотрофии правого.

Зрительные нервы симметричны, ретро-бульбарное пространство свободно.

Селлярная область, гипофиз не изменены.

Видимые ЧМН, краниоспинальный переход без особенностей. Миндалины мозжечка расположены у входа в большое затылочное отверстие (без пролабирования). Нижний червь мозжечка гипопластичен.

Придаточные пазухи носа нормальной пневматизации.

**Заключение:** Состояние после краниотомии в правой теменной области, удаления эхинококковой кисты (от 26.06.10). Постоперационные кистозно-глиозно-атрофические изменения правой теменно-височно-инсулярной области. Патологический участок в правой инсулярной области, вероятнее всего, рецидив эхинококковой кисты. Легко выраженная открытая смешанная гидроцефалия.

После обследования больной было назначено серологическое исследование методом ИФА с антигенами эхинококка, которое показало титр 1:200 и рекомендовано наблюдение у хирурга и паразитолога.

Со слов отца известно, что больная в качестве лечения использовала аппликации из природного минерала – опоки.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антиоксичными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливает его.

Преимущество опоки в том, что по сравнению с другими видами глин, она является самым сильным сорбентом.

Опоку смешивали с кипяченой теплой водой до получения кашицеобразной массы, затем наносили на предполагаемое место локализации кисты. Время экспозиции составляло от 40 до 90 минут. Такие процедуры проводили в день в течение 3 месяцев. Затем делали небольшой перерыв и вновь продолжали лечение. В феврале 2013 г. больная была обследована – сделано МРТ, которое показало полное отсутствие кисты в правой теменной области.

\*\*\*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЛКОВО-ТРОМБОЦИТАРНО-ХРЯЩЕВЫХ  
АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ И АУТОЛОГИЧНЫХ  
БЕЛКОВО-ТРОМБОЦИТАРНЫХ ПОКРЫТИЙ В РИНОПЛАСТИКЕ**

*Темирханова Л. А., Михайлов В.В.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра госпитальной хирургии*

Научный руководитель:

Ионин В.П. - д.м.н.

Научный консультант:

Крайник И.В. - к.м.н.

**Введение.** Эстетическая ринопластика в 99% случаев связана с вмешательством в костно-хрящевую структуру носа. Реконструктивная хирургия последствий травм и заболеваний носа, хирургическое лечение седловидных деформаций также связано с созданием хрящевого каркаса или свободной пересадкой хряща на спинку носа. Одними из часто встречающихся осложнений после этих операций являются неровность спинки носа, асимметрии скатов и крыльев носа. Причинами этих неровностей могут быть последствия остеотомий, проецирование хрящей, экзостозы, сформировавшиеся на обрывках надкостницы, что, в свою очередь, чревато развитием грануляций, неровностей, отражающихся на гладкости контура носа. Поскольку эти неровности контурируются через кожу и легко заметны, это требует использования прокладок между хрящами и кожей спинки носа. Известно использование в качестве прокладок аутофасций, аллодерма [5], даже викрила [4]. Некоторые авторы предлагают использовать аллотрансплантаты из твердой мозговой оболочки [3].

**Актуальность.** Все перечисленные варианты имеют существенные недостатки. Для получения аутоотрансплантатов необходимо нанесение дополнительных травм в донорской области, что косметически для большинства пациентов неприемлемо. Аллотрансплантаты склонны к отторжениям, воспалительным процессам. Синтетические материалы, такие как силикон, могут спонтанно смещаться, вызывать пролежни, отторжения, болевые или неприятные ощущения. Даже авторы, активно пропагандирующие их использование, всегда очерчивают ряд условий для возможности их применения. Это возможность сформировать в мягких тканях адекватный карман – ложе протеза, достаточное кровоснабжение тканей, покрывающих имплантат, отсутствие у пациента каких-либо заболеваний, ухудшающих ре-

генерацию тканей [2]. Все это сужает область их использования.

Многие авторы предлагают в случае неровностей спинки носа и незначительных асимметрий сместить акцент в оперативном лечении с трансплантации на инъекционную имплантацию. В разные годы предлагались способы устранения западений спинки носа такими материалами, как пластмассы, парафин, полиакриламидные гели, жидкий силикон. Однако эти материалы отторгались ввиду того, что данные инородные тела не обладали биоинертностью [2]. В настоящее время инъекционные методы получили новое развитие с введением в практику липофилинга, филлеров на основе гиалуроновой кислоты, а также нерассасывающихся наполнителей на основе полиметилметакрилата. Однако, риск развития гранулем, миграции введенного филлера остается, по-прежнему чрезвычайно высок. Метод коррекции филерами на основе гиалуроновой кислоты не находит широкого применения в реконструктивной хирургии ввиду дороговизны и недолговечности результата коррекции.

**Цель.** Учитывая интерес многих пластических хирургов и ЛОР врачей к этой проблеме, мы поставили цель улучшить результаты ринопластики за счет применения богатой тромбоцитами плазмы (БотП). По нашему мнению применение (БотП) с аутоотрансплантатами и использование аутологичных белковотромбоцитарных покрытий поможет избежать многих осложнений при операциях ринопластики.

Применение БотП позволяет использовать механизмы, действие которых приводит к более быстрой и эффективной регенерации соединительной и хрящевой ткани. Плазма обладает этими свойствами благодаря высокой концентрации факторов роста, а также других биологически активных протеинов, которые, возможно, еще не идентифицированы.

В течение нескольких часов после пересадки трансплантата (например, измельченной кости или хряща) в сочетании с БоТП начинается дегрануляция тромбоцитов, находящихся в сгустке, что приводит к высвобождению факторов роста. Эти факторы инициируют процесс регенерации. Известно, что все тромбоциты в области раны разрушаются в течение первых трех-пяти дней и что первоначальная активность факторов роста истощается в течение семи-десяти дней. Но первоначальный толчок, который БоТП дает процессу регенерации, «запускает» дальнейший каскад регенерационного цикла, который продолжает формировать зрелый трансплантат [1].

Во время дегрануляции тромбоциты высвобождают большое количество веществ, обеспечивающих первичный гемостаз. К таким веществам относятся: серотонин, катехоламины, ADP, фибриноген, фибронектин, АТФ, фактор V, фактор 8 (фон Виллебранда), тромбоксан А<sub>2</sub>, кальций [6].

Так же важное значение имеют высвобождаемые факторы роста, которые улучшают заживление ран посредством аутокринного и паракринного механизмов. К данным факторам роста относятся: полученный из тромбоцитов фактор роста (PDGF), полученный из тромбоцитов фактор ангиогенеза (PDAF), трансформирующий фактор роста бета (TGFβ), инсулиноподобный фактор роста (IGF), полученный из тромбоцитов фактор роста эндотелиальных клеток (PD-ECGF). БоТП имеет также свойство модулировать и повышать функционирование одних факторов роста в присутствии других. Этот аспект отличает факторы роста, содержащиеся в БоТП, от других факторов роста, которые обладают самостоятельным действием и отвечают только за какой-то один аспект регенерации [1].

Добавление кальция к БоТП приводит не только к активации и последующей дегрануляции тромбоцитов, но и к активации каскада свертывания с образованием фибрина из фибриногена. Тромбо-

циты оказываются захваченными фибриновой сетью, высвобождают свое содержимое, стабилизируют сгусток благодаря фибрину, коллагену и клейким гликопротеинам. Фибриновый компонент БоТП обеспечивает также связывание отдельных хондроцитов, образуя сеть, препятствующую миграции измельченного хряща и способствующую приживлению его в конкретном участке.

### **Метод изготовления аутологичных белково-тромбоцитарных покрытий (АБТП) для контурной ринопластики.**

В стерильные пробирки, содержащие стандартное количество (1 мл) официального раствора цитрата натрия осуществляли забор 5 мл аутокрови. Пробирки центрифугировали на режимах, не допускающих разрушение эритроцитов. После завершения центрифугирования центрифугат имел три слоя. Верхний слой состоял из плазмы с тромбоцитами. Нижний представлял собой эритроцитарный слой, который в последующем удалялся. На границе верхнего и нижнего слоев располагался тонкий лейкоцитарный слой. Верхний слой плазмы с тромбоцитами забирали и помещали в стерильную чашку Петри. К плазме в качестве катализатора процесса полимеризации белка добавляли 10% раствор хлористого кальция в соотношении 3-4 капли на 1 мл плазмы. В течение 10 - 15 минут, слегка встряхивая смесь плазмы с катализатором, добивались запуска процесса полимеризации белков плазмы. Образовывалась гелеобразная плазменная субстанция, после прессования, которой марлевой салфеткой образовывалась тонкая белковая пленка на дне чаши. Пленку складывали в несколько слоев, придавали ей требуемую форму и размер (рис 1.). Изготовленные аутологичные белково-тромбоцитарные мембраны укладывались нами на обработанные рашпилем кости и хрящи спинки носа после снятия горбов, поверх созданных хрящевых конструкций при реконструктивных операциях (рис 2.).



Рис. 1



Рис. 2



**Выводы.** Аутологичные белково-тромбоцитарные покрытия для спинки носа использовались нами у 57 пациентов при выполнении ринопластики по поводу ринокифозов, риносколиозов, в реконструктивной хирургии носа с использованием металлоконструкций, то есть в тех случаях, когда кости спинки носа подвергались обработке как минимум рашпилем, или воссоздавался хрящевой каркас носа.

Течение раневого процесса при использовании АБТП происходило более благоприятно. Кровоподтеки мягких тканей лица были менее выражены за счет склеивающих и гемостатических способностей белковых мембран. Регенеративные процессы протекали более интенсивно и быстро. Уже через неделю после оперативных вмешательств восстанавливалась подвижность кожи спинки носа, цвет ее приближался к естественному.

### **Методика приготовления белково-тромбоцитарно-хрящевого аутогранулята (БТХА)**

Методика приготовления белково-тромбоцитарно-хрящевого аутогранулята разработана нами. Получение цитратной плазмы осуществлялось аналогичным способом, описанным выше. Приготовленный для контурной ринопластики аутогранулят, состоящий из нескольких связанных

между собой тонкой мононитью (2-3) хрящевых пластинок (рис 3.), погружался в плазму, в объеме 10-15 мл. К плазме в качестве катализатора процесса полимеризации белка добавляли 10% раствор хлористого кальция в соотношении 3-4 капли на 1 мл плазмы. В течение 10 - 15 минут, слегка встряхивая смесь плазмы с катализатором, добивались запуска процесса полимеризации белков плазмы. Образовывалась гелеобразная плазменная масса, внутри которой находились предназначенные для контурной пластики хрящи (рис 4). Жидкая фракция из белкового сгустка удалялась марлевой салфеткой. Хрящевые пластинки прочно склеивались белками плазмы. Такой процесс создавал единый неподвижный белково-хрящевой комплекс, лишенный всяких неровностей на поверхности и пустот между хрящевыми пластинами (рис 5.). Такой комплекс использовался нами для лечения седловидных деформаций и при реконструкциях носа у 9 наших пациентов.

В запланированных точках с внутренней стороны делаются проколы кожи и оба конца мононити выводятся на наружную ее поверхность. С их помощью БТХА устанавливается под кожей в запланированную зону дефекта. После этого нити фиксируются в натянутом состоянии к коже спинки носа (рис 6.).



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Операционные разрезы ушиваются, осуществляется иммобилизация носа на 10-12 дней одним из стандартных способов.

Большой интерес представляет использование белково-тромбоцитарно-хрящевого ауто-трансплантата из микрографтов, не превышающих размеры в 0,5 мм куб. Дробление хряща можно осуществлять любым способом. Данный БТХА обладает высокой степенью пластичности, в отдельных случаях может вводиться с помощью шприца.

**Заключение.** К сожалению, в настоящее время проведено немного исследований, посвященных изучению эффективности БоТП. Тем не менее, результаты первого клинического исследования выглядят многообещающими, также как и доклинические испытания на животных. Для определения оптимальной концентрации различных факторов роста и идентификации неизвестных факторов роста, которые могут существовать в БоТП, необходимо проведение дальнейших исследований. Такие исследования могли бы раскрыть дополнительные преимущества использования данного метода лечения для заживления ран и регенерации кости.

## Литература

1. Арун Гарг. Применение богатой тромбоцитами плазмы с целью увеличения эффективности костных трансплантатов при использовании в области стоматологических имплантов / Dental-Market. – 2002. - №5. – P.40-42.
2. Добрякова О.Б., Добряков Б.С., Добряков Б.Б., Гулев В.С. Старые и новые способы в контурной пластике носа. / Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии – 2010. - №3. –с.30-39.
3. Ишмаматьев И.Л., Ишмаматьев И.И., Старостина В.В., Жаров В.В., Перевозчиков П.А., Точилова Е.Р. Применение аллотрансплантата из твердой мозговой оболочки для хирургического устранения и профилактики неровностей спинки носа / Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии – 2010. - №1. – с.23-33.
4. Gilmore J. Use of vicryl mesh in prevention of postrhinoplasty dorsal irregularities / J. Gilmore / Ann. Plast. Surg. – 1989. – Vol.22, №2. – P.105-107.
5. Gryskiewicz J.M. The use of alloderm for the correction of nasal contour deformities / J.M. Gryskiewicz, R.J. Rohrich, B.J. Reagan / Plast.Reconstr. Surg. – 2001. – Vol.107, №2. – P.561-570.
6. Pertungaro P.S. Применение богатой тромбоцитами плазмы крови с факторами роста (аутогенный тромбоцитарный гель) для улучшения заживления твердых и мягких тканей в хирургической имплантологии / Dental-Market. – 2002. - №6 – P.26-27.

\*\*\*

## ПРЕМЕДИКАЦИЯ ПРИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЯХ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

*Тиунова Н.В., Сидорова Е.В.*

*г. Нижний Новгород, Россия*

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России»*

*Кафедра терапевтической стоматологии*

Научный руководитель:

Лукиных Л.М. - д.м.н., профессор

**Цель исследования** – изучить эффективность анксиолитика тенотена для премедикации пациентов при стрессовых состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 20 пациентов (16 женщин, 4 мужчины) в возрасте  $29,4 \pm 1,57$  года (от 20 до 44 лет), которым предстояло проведение стоматологических манипуляций: лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, подготовка зубов под искусственные коронки. Все пациенты испытывали страх, психоэмоциональное напряжение перед лечением. Всем пациентам назначали тенотен в виде сублингвальных таблеток по схеме: по 2 таблетки за 30 минут до вмешательства, а также тенотен по 1 таблетке 3 раза в день в течение всего периода санации. Для оценки психоэмоционального состояния пациентов до и после

санации полости рта применяли личностную шкалу тревоги J. Teylor в модификации Т.А. Немчина. Полученные данные статистически обработаны с использованием t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования.** Исходный уровень тревоги пациентов до стоматологических манипуляций составил  $26,2 \pm 1,6$  балла. Применение в качестве препарата для премедикации анксиолитика тенотена показало выраженный клинический эффект, что выражалось в уменьшении чувства беспокойства, страха, растерянности, напряженности. К концу наблюдения уровень тревоги пациентов снизился на 23% до  $20,3 \pm 1,29$  балла ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Анксиолитик тенотен корректирует психоэмоциональное состояние пациентов со средним и высоким уровнем тревоги перед стоматологическим вмешательством.



\*\*\*

**СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

**Трекина Н.Е.**

*г. Сургут, Россия*

*БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер  
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,*

*ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»  
Медицинский институт  
Кафедра общей врачебной практики*

Научный руководитель:  
Корнеева Е.В. - к.м.н., доцент

Сочетание АВ-блокады III степени с фибрилляцией или трепетанием предсердий называется синдромом Фредерика. Данный феномен был получен экспериментально в 1904 году бельгийским физиологом, профессором университета в Льеже Леоном Фредериком. Синдром Фредерика встречается у 0,6—1,5% больных, страдающих мерцательной аритмией [4]. Причинами развития заболевания являются тяжелые органические заболевания сердца, сопровождающиеся склеротическими, воспалительными или дегенеративными процессами в миокарде (хроническая ИБС, острый ИМ, кардиомиопатии, миокардиты) [3;6]. При данном синдроме полностью прекращается проведение импульсов возбуждения от предсердий к желудочкам - наблюдается хаотичное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон предсердий. Желудочки возбуждаются водителем ритма, который расположен в атриовентрикулярном соединении или в проводящей системе желудочков. В некоторых случаях предсердно-желудочковая блокада может быть следствием передозировки сердечных гликозидов. При этом отсутствует сокращение предсердий как целого, и на ЭКГ не регистрируются зубцы Р, а имеются волны мерцания или трепетания предсердий, которые могут чередоваться. Импульсы из предсердий не проводятся к желудочкам. Желудочки возбуждаются водителем ритма, расположенным в атриовентрикулярном соединении или в самих желудочках. Если возбуждение исходит из атриовентрикулярного соединения, то комплекс QRST не изменен. При идиовентрикулярном ритме комплекс QRS уширен и деформирован и по форме похож на ЭКГ при блокаде ножки пучка Гиса. Желудочковый ритм правильный, редкий. Расстояния R-R одинаковые. Частота сокращений желудочков обычно составляет 40 – 60 в 1 мин, изредка до 80 в 1 мин. Желудочковый ритм при синдроме Фредерика может нарушаться желудочковыми экстрасистолами [2; 7].

**Пациент Л., 52 лет**, был доставлен бригадой скорой помощи в БУ ХМАО-Югры «Сургутская ок-

ружная клиническая больница» в приемное отделение, с жалобами : на давящие, жгучие боли за грудной, с иррадиацией в левую лопатку, длительностью 10-15 минут. Боль была купирована наркотическим анальгетиком (раствор морфинам 0,1%-1 мл внутривенно) с положительным эффектом через 15 минут. Был выставлен диагноз: ИБС. Инфаркт миокард без зубца Q, передне-перегородочной, верхушечно-боковой стенки ЛЖ, острая стадия (от 15.11.11) и доставлен в РАО. На 2 сутки был переведен в кардиологическое отделение. Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 20 лет (с максимальным подъемом АД 180/120 мм рт.ст., перенес ОНМК в 2010 году. Нарушение ритма сердца впервые было выявлено 5 лет назад. В течение последних трех месяцев трехкратно терял сознание. Медикаментозную терапию принимал не систематически. Неоднократно вызывал скорую медицинскую помощь, от госпитализации отказывался. По данным обследования в стационаре: ЭКГ (15.11.11) при поступлении: фибрилляция предсердий, ЧСС 65 в минуту. Признаки ишемии миокарда передне-перегородочно-верхушечной области. Удлинен интервал QT. Холтеровское мониторирование (18.11.11 по 19.11.11) на фоне приема норваска 2,5 мг: Ритм мерцания предсердий, брадисистолическая форма. Максимально ЧСС 77 уд в мин, минимально ЧСС 21 ударов в минуту. Зарегистрированы редкие короткие эпизоды синдрома Фредерика с ЧС 24-26 ударов в минуту (полная АВ блокада). Общее количество ЖЭ 8, ЖЭС монотонные, мономорфные, одиночные. За время исследования зарегистрированы частые паузы длительностью 2,5-4,475. (рис.1). ЭХОКГ (19.11.11): ЛП 4,8, ПП-3,9, МЖП 1,3, ФВ 54%, Дилатация ЛП, ПП. Гипертрофия МЖП. Фиброз корня восходящего отдела аорты, прикраевое уплотнение створок АК с формированием недостаточности АК регургитация 1+, градиент АК 8. Функциональная способность миокарда снижена. Умеренный гипокинез передне-перегородочной, верхушечной стенки. Недостаточность МК 2+, ТК 2-3+.



Рис.1. Ритм мерцания предсердий, брадисистолическая форма. Максим ЧСС 77 уд в минуту, минимально ЧСС 21 ударов в минуту. Зарегистрированы редкие короткие эпизоды синдрома Фредерика с ЧСС 24-26 ударов в минуту (полная АВ блокада)

Пациент от установки ЭКС категорически отказался. Через неделю 29.11.11 пациент доставлен в СОКБ с жалобами на головокружение, общую слабость, пониженное АД до 70/55 мм рт.ст., замирание сердца. Принимал медикаментозную терапию симптоматически: плавикс 75 мг в 10:00, аспирин 0,125 мг в 10:00, липтонорм 10 мг в 21:00, норваск 2,5 мг в 12:00. ЭКГ при поступлении 29.11.11г.: фибрилляция предсердий, ЧСЖ 50 ударов в минуту. ЭОС нормограмма. Умеренные изменения в миокарде диффузного характера, возможно с признаками ишемии задне-боковой области ЛЖ. Удлинен интервал QT. Назначена медикаментозное лечение Дофамин 200мл на физ растворе 0.9%-10.0 внутривенно через ДШВ 1 мл/ч №1, антагонисты кальция отменены. На фоне основного заболевания у больного сформировались осложнение от антиагрегантной терапии. Вечером появилась однократная рвота съеденной пищи, стул темного цвета. По ФГДС (29.11.11): Синдром Маллори-Вейсса. Состоявшееся кровотечение. Эндоскопический гемостаз. Эрозии желудка и луковицы ДПК. Анемичность слизистой желудка и ДПК. В общем анализе крови – анемия (гемоглобин 88,8 г/л). В течение недели состояние пациента с положительной динамикой. ХМЭКГ 01.12.11: ритм фибрилляция пред-

сердий, среднее ЧСС 58-62 уд в минуту, минимальный ЧСС 28 ударов в минуту, максимальный ЧСС 98 ударов в минуту. Паузы в период бодрствование и сна 899 от 1.1 мс-3.99 мс (полная АВ блокада). ST транзиторных ишемических изменений нет.

Пациент переведен в ОКД СССР для имплантации ЭКС 02.12.11. Установлен однокамерный ЭКС Boston Scientific ALTRUA 20. Выставлен режим VViR ЧСС 60 мин. На фоне имплантации ЭКС отмечается стабилизация ритма по ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС 88 ударов в минуту. ЭОС горизонтальная (рис.2). Нормализация концентрации гемоглобина крови до 100 г/л. Пациент выписан через 7 дней (14.12.11). При выписке было рекомендовано: наблюдение аритмолога в ОКДЦ, терапевта, схема лечения: прадакса 150 мг 2р/день (постоянно без контроля МНО), небилет 5 мг в 10:00 под контролем ЧСС, кресторм 10 мг в 21:00 (контроль липидограммы через 3 месяца), теветен 600 мг в 12:00 (под контролем АД), де-нол 120 мг 3р/день в течение 10 дней. Благодаря восстановлению нормальной частоты желудочковых сокращений у пациента не наблюдалось приступов Морганьи— Эдемса — Стокса, не появлялось признаков сердечной недостаточности.

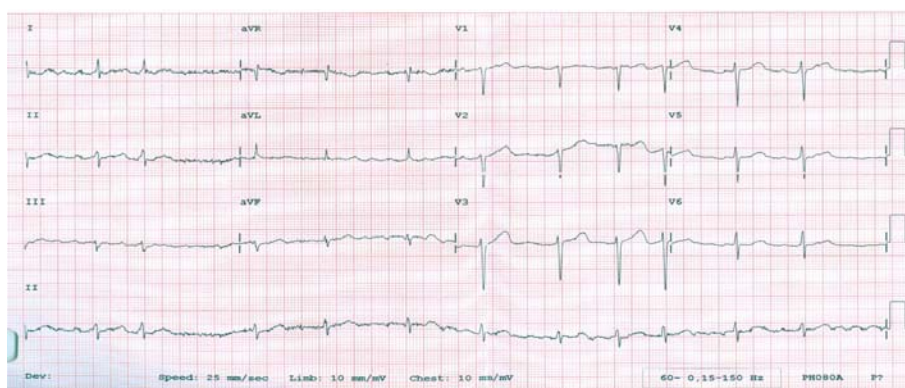


Рис.2. ЭКГ на фоне имплантации ЭКС. Фибрилляция предсердий, ЧСС 88 ударов в минуту. ЭОС горизонтальная.

**Диагноз:** ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН 2 ФК НК 1. Хроническая форма фибрилляции предсердий. Полная АВ блокада с синдромом Фредерика. Эквивалентом Морганьи — Эдемса — Стокса. Функционирующий ЭКС Boston Scientific ALTRUA 20 (VViR 60) jn 02.12.11. Синдром Маллори-Вейсса. Состоявшееся кровотечение (29.11.11) ремиссия. Эрозии желудка и луковицы ДПК. Анемия легкой степени тяжести. Гипертоническая болезнь 3 стадии, Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4 (высокий риск). Атеросклероз аорты, створок АК, сосудов головного мозга.

**Обсуждение.** К прогностическим неблагоприятным осложнениям раннего периода инфаркта миокарда относят тяжелые нарушения ритма и проводимости, кардиогенный шок, отек легких, разрывы миокарда, тромбоэмболические осложнения. Пациенту своевременно была проведена адекватная терапия, направленная на купирование болевого синдрома и снижение потребности миокарда в кислороде. Осложнением от проводимой антикоагулянтной терапии явилось желудочное кровотечение, которое было своевременно диагностировано. По данным литературы частота верификации источника кровотечения колеблется от 2% до 28,8% [1; 8]. Согласно клинических рекомендаций [5] по лечению аритмий при АВ-блокадах показана имплантация ЭКС, что и было проведено пациенту в данном

случае. Своевременность распознавания синдрома Фредерика и адекватность проводимого лечения способствовало восстановлению трудоспособности пациента и улучшению качества жизни.

### Литература

1. Ардашев А. В. Постоянная электрокардиостимуляция и дефибрилляция в клинической практике / под ред. А. Ш. Ревитовичи. - М.: Медпрактика-М, 2007. - 224 с.
2. Аритмология: клинические рекомендации / Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции (ВНОА). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с.
3. Арлеевский, И. П., Пак, Э. В., Череватская, Е. В., Швецов, И. М. Два случая жизнеопасных проявлений аритмогенного эффекта новокаинамида / Вестник аритмологии. - 2001. - №24. - С.62-64.
4. Беннет Д. Х. Сердечные аритмии / под ред. В. А. Сулимова, пер. с англ. М. В. Сырцовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - 440 с.
5. Кардиология: клинические рекомендации / гл. ред. Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов; ВНОК. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 625 с.
6. Кушаковский М. С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. - 3-е изд., испр. и доп. / М. С. Кушаковский. - СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2007. - 672 с.
7. Руководство по нарушениям ритма сердца / под ред. Е. И. Чазова, С. П. Голицына. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 416 с.
8. Шубик, Ю. В., Медведев, М. М., Платонов, П. Г., Яшин, С. М. Показания к имплантации электрокардиостимуляторов и антиаритмических устройств / Вестник аритмологии. - 2004. - №38. - С.59-67.

\*\*\*

## ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ПРИ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Филиппова В.М., Заплетина Н.А., Стулов А.С.,  
Аракельян Р.С., Аракельян А.С.**

*г. Астрахань, Россия*

*ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*Кафедра инфекционных болезней*

Эпидемический очаг – место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в пределах возможного механизма передачи возбудителя [2].

С точки зрения эпидемического процесса при малярии, эпидемический очаг или очаг малярии – есть совокупность популяции малярийного паразита и поддерживающих его существование человеческой популяции и популяций комаров. С практической точки зрения очагом считают населенный пункт вместе с прилегающими к нему анафелогенными водоемами и местами, посещаемыми его жителями, особенно в темное время суток [1].

Согласно принятой оперативной классификации очагов, выделяют 7 категорий:

- Псевдоочаги – населенные пункты, в которых передача невозможна из-за недостатка тепла или отсутствия переносчика.
- Оздоровленный очаг – населенный пункт, в котором передача возможна, но отсутствует в течение двух эпидсезонов, не считая текущего. Случаи малярии отсутствуют.
- Новый потенциальный очаг – населенный пункт, где в течение сезона эффективной заражаемости комаров появляются завозные или прививные случаи, но доказательства, что происходит передача, нет.

- Новый активный очаг – очаг, где происходит передача после длительного перерыва, что доказывается наличием вторичных от завозных, а также местных случаев. Такие очаги делятся на *новый активный очаг 1 степени* – имеются только случаи, вторичные от завозных, а собственно местных случаев еще нет; *новый активный очаг 2 степени* – имеются не только вторичные от завозных, но и собственно местные случаи малярии.
- Остаточный активный очаг – очаг, где передача происходит или происходила в прошлом эпидсезоне.
- Остаточный неактивный очаг – очаг, где передача прекратилась, есть только рецидивные случаи.
- Восстановившийся очаг.

В Астраханской области за период с 2000 по 2008 гг. зарегистрировано 89 случаев малярии человека, в том числе завозных случаев из стран СНГ – 75 (84,3%), вторичных от завозных – 10 (11,2%) и рецидивов – 4 (4,5%) (таблица 1).

Таблица 1.

**Число зарегистрированных случаев малярии в Астраханской области за 2000 – 2008 гг.**

Случаи малярии	Годы									Всего
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Завозные	17	28	7	5	6	5	-	-	1	69
Вторичные от завозных	2	4	3	2	-	-	-	-	-	11
Рецидивные	-	3	1	1	3	1	-	-	-	9
Всего	19	35	11	8	9	6	-	-	1	89

С 2008 г. случаи малярии в Астраханской области не регистрировались.

Всего за анализируемый период были зарегистрированы следующие виды очагов: псевдоочаг – 31 сл. (34,8%), новый потенциальный очаг – 53 сл. (59,5%), активный новый очаг – 4 сл. (4,6%) и активный новый очаг 1 степени и – 1 сл. (1,1%) (таблица 2).

Так, псевдоочаги были зарегистрированы непосредственно в городской черте – 22 (71,0%) и в сельской местности – 8 (25,8%). 1 псевдоочаг (3,2%) пришелся на железнодорожный состав «Баку-Москва» - житель Азербайджана находился проездом в Астрахани.

Потенциальные очаги также регистрировались как в городской – 32 сл. (60,4%), так и в сельской местностях – 20 сл. (37,7%). Также 1 случай (1,9%) потенциального очага был зарегистрирован в железнодорожном составе «Душанбе-Москва».

Таблица 2.

**Распределение эпидемических очагов при малярии за 2000 – 2008 гг.**

Эпидемические очаги	Годы							Всего
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2008	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Псевдоочаг	6	12	3	2	6	1	1	31
Новый потенциальный	11	22	8	4	3	5	-	53
Активный новый	1	1	1	2	-	-	-	5
Активный новый 1 степени	1	-	-	-	-	-	-	1
Всего	19	35	12	8	9	6	1	89

Активный новый очаг был зарегистрирован в сельской местности – Красноярский район – 2 очага, Ахтубинский и Наримановский районы – по 1 очагу.

Активный новый очаг 1 степени был зарегистрирован в Красноярском районе – 1 сл.

Эпидемические очаги при малярии у нас отмечались не только в городской и сельской местностях непосредственно по месту жительства источника инфекции, но и в таких учреждениях, как следственный изолятор №1 ИЗ-30/1 Управления Федеральной службы исполнения наказаний РФ по Астраханской области – 3 сл. (житель Таджикистана, находившийся под следствием). Другие два эпидемических очага не имели конкретного районирования, т.к. приходились на место нахождения источника инфекции (купе железнодорожного состава).

Еще 2 эпидемических очага были зарегистрированы по улице Татищева (общежитие студентов АГТУ) – случай тропической малярии у студентки из Экваториальной Гвинеи и случай трехдневной малярии у студента из Мавритании.

Географически очаги малярии распределялись таким образом: г. Астрахань – 61 очаг (68,5%), в т.ч. Ленинский район – 23 очага (37,7%), Кировский район – 18 очагов (29,5%), Советский район – 17 очагов (27,9%) и Трусовский район – 1 очаг (1,6%), а также проездом через Астрахань – 2 очага (3,3%); Астраханская область – 28 очагов (31,5%), в т.ч. Наримановский район – 8 очагов (28,6%), Красноярский район – 7 очагов (25,0%), Ахтубинский район – 5 очагов (17,9%), Харабалинский район – 4 очага (14,2%), Черноярский район – 2 очага (7,1%), Лиманский и Камызякский районы – по 1 очагу (по 3,6%).

Таким образом, на территории Астраханской области в течение всего сезона передачи эффективной заражаемости комаров (май – сентябрь) за последние 10 лет отмечались завозные случаи малярии. Максимальное число зарегистрированных случаев завозной малярии было отмечено в 2001 г. – 22 сл.

В начале апреля 2001 г. среднемесячная температура в регионе достигала 12,4°C, в конце ап-

реля температура приближалась к 15,0°C – это время можно было считать началом сезона эффективной заражаемости комаров, а начало сезона передачи малярии пришлось на конец мая (30 мая). В эти дни температура достигала 19,5°C.

Сезон эффективной заражаемости комаров в 2001 г. закончился 5 сентября. В эти дни среднемесячная температура составляла 17,9°C, а сезон передачи малярии завершился в октябре составил 13,7°C. Продолжительность сезона передачи малярии в этот год составила 128 дней.

Также, после длительного перерыва, в

Астраханской области были зарегистрированы новый активный очаг, что свидетельствует о наличии вторичных от завозных случаев малярии (2003 г. – 2 сл.), а также появление нового активного очага 1 степени, когда имелись только случаи вторичные от завозных (2000 г. – 1 сл.).

#### Литература

1. Беляев А.Е., Званцов А.Б., Авдюхина Т.И. Практическое руководство по эпидемиологическому надзору за малярией /ВОЗ, Копенгаген, 2006. 118 с.
2. Голуб В.П. Эпидемиология. Руководство к лабораторным занятиям и семинарам /Москва, РУДН, 2008. 149 с.

\*\*\*

### МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ЕЁ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ

*Ходыкин Г.П.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»  
Кафедра биологии с курсом микробиологии*

Научный руководитель:

Зуевский В.П. - д.м.н., профессор

**Актуальность проблемы.** В настоящее время одним из наиболее опасных гельминтозов является описторхоз.

В России зарегистрировано свыше двух миллионов инвазированных. Предполагается, что истинное количество значительно выше, так как диагностика описторхоза затруднена, часть населения за медицинской помощью не обращается.

ХМАО-Югра является природным очагом описторхоза, инфицированность данным гельминтозом достигает 65 - 70 % (на отдельных территориях до 97 %).

Клинико-эпидемиологические наблюдения показали, что описторхоз и его осложнения у населения Среднего Приобья имеют существенные различия по сравнению с другими территориями. Описторхоз способствует более тяжелому и длительному течению инфекционных и соматических заболеваний. Значимость этой инвазии возрастает также в связи с тем, что описторхоз способствует в гиперэндемичном очаге возникновению опухолей различных локализаций и прежде всего холангиоцеллюлярного рака печени.

Известно, что при описторхозе поражается система пищеварения и, в частности, желудок. Повреждение желудка проявляется, в основном в виде различных форм гастрита. И в тоже время ведущую роль в развитии гастрита играет *Helicobacter Pylori* (HP), свыше 95 % этиологически связаны с данной бактерией. Эндоскопическая картина верхних отде-

лов ЖКТ при описторхозе разнообразна и неспецифична на различных стадиях описторхозной инвазии. Обычно, это диффузная, эритематозно-экссудативная гастропатия, с поражением антрального отдела желудка в сочетании с лимфоидной гиперплазией слизистой оболочки ДПК, а также дуоденальным рефлюксом желчи.

**Материалы и методы исследования.** Объемом исследования являются больные с описторхозной инвазией, которым проводилась фиброгастродуоденоскопия с взятием биопсийного материала из слизистой оболочки желудка.

Группы сравнения:

1. Пациенты, с описторхозной инвазией, у которых, по данным гистологического исследования не подтверждена инфицированность HP - 25 человек.

2. Пациенты с патологией желудка без описторхозной инвазии и наличия в слизистой оболочке желудка *Helicobacter pylori* - 25 человек.

Пациенты разделены по возрастному признаку, возраст их составляет от 22 до 60 лет (средний возраст I-II периодов).

**Результаты:** при изучении морфологических изменений желудка с наличием описторхозной инвазии во всех случаях отмечались морфологические изменения в слизистой желудка. При этом у ряда больных наблюдались атрофический гастрит и гастрит "перестройки". При наличии описторхозной инвазии увеличивается количество лимфоцитов, эозинофилов до 40% и 20% соответственно. При отсутствии

описторхозной инвазии данные показатели соответствовали 25% и 5%. Количество нейтрофилов оставалось приблизительно на одном и том же уровне – 5%.

Морфологическое изучение гастробиптатов, забранных по поводу гастрита в однородных группах больных людей, при наличии описторхоза и без описторхозной инвазии показало более тяжёлое поражение слизистой у первых: в фундальном, антральном, пилорическом отделах желудка уменьшается толщина слизистой оболочки, высота фундальных желез, высота покровного эпителия, глубина желудочных ямок, ширина просвета желез в средней их части.

Наиболее тяжёлым изменениям слизистой оболочки желудка при описторхозной инвазии являются в антральном отделе желудка.

**Выводы:** в группе пациентов с описторхозной инвазией при сочетании с обсемененностью *H. pylori* более выраженное поражение слизистой оболочки желудка, при описторхозе повышена частота и выраженность инфицирования *H. pylori*.

### Литература

1. Аруин Л.И. *Helicobacter pylori*: каким образом один возбудитель вызывает разные болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2004. - №1. - С. 36-41.
2. Asaka M., Kato M., Kudo M. et al. Relationship between *Helicobacter pylori* infection, atrophic gastritis and gastric carcinoma in a Japanese population // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. - 1995. - Vol. 7 (suppl.). - P. 7-10.

\*\*\*

### СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОСТЕНОЗА В УСЛОВИЯХ БУ ХМАО ЮГРЫ «НЯГАНСКАЯ ОКРУЖНАЯ БОЛЬНИЦА»

*Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В.*

*г. Ханты-Мансийск, Россия*

*ГБОУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом реанимации, интенсивной терапии и экстремальной медицины*

Научный руководитель:

Хрячков В.В. - д.м.н., профессор

**Введение.** К настоящему времени одной из самых распространенных операций на большом дуоденальном сосочке является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). При ЭПСТ не редко встречаются осложнения в виде кровотечений, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, острых панкреатитов. Наличие парапапиллярных дивертикулов значительно затрудняет проведение, а иногда делает невозможным проведение ЭПСТ.

**Целью** нашего исследования стали разработка и внедрение нового способа папиллотомии путём антеградного рассечения большого дуоденального сосочка излучением гольмиевого лазера.

**Материалы и методы.** В своей работе мы использовали лазерную установку "Cogerent" (США), оснащенную YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических комплекса "Stryker" (США) и "Karl Storz" (Германия), фиброхоледохоскоп "Karl Storz" (Германия).

Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или стенки холедоха в холедох заводится фиброхоледохоскоп. Проводится ревизия холедоха. При наличии стеноза, по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводится гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, исполь-

зуя излучение YAG:Ho лазера, производится рассечение большого дуоденального сосочка. Процедура выполняется в избранном режиме. После проведения папиллотомии, холедохоскоп беспрепятственно проникает в просвет двенадцатиперстной кишки. После удаления холедохоскопа, при необходимости устанавливается дренаж в просвет холедоха.

**Результаты.** С 2010 года, описанным выше способом, нами прооперировано 25 пациентов, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и находятся под наблюдением. Данным пациентам выполнялась контрольная дуоденоскопия. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено.

**Обсуждение.** Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет, при наличии холецистохоледохолитиаза, одномоментно выполнять холецистэктомию и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование импульсного лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как

кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту.

Считаем, что данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

\*\*\*

### СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА У ОДНОГО ИЗ ПЛОДОВ ДВОЙНИ ПОСЛЕ ЭКО

**Шумкова С.В.**

г. Тюмень, Россия

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель:

Чернова А.Л., к.м.н., ассистент

**Введение.** В последние годы в литературе появляется все больше сообщений о рождении детей с синдромом Дауна после проведения ЭКО. На сегодняшний день статистики по данной проблеме нет как в России, так и за рубежом. Проведены отдельные исследования, в результате которых было отмечено, что одной из причин развития синдрома Дауна может являться применение препаратов, стимулирующих овуляцию, применяемых на первом этапе процедуры ЭКО. Немаловажное значение имеет также возраст пациентки.

Перспективным направлением для снижения риска возникновения синдрома Дауна при проведении ЭКО является преимплантационная генетическая диагностика (ПГД).

ПГД – новое направление в области генетической диагностики и репродуктивных технологий, представляющее собой анализ генетических нарушений у эмбрионов до их имплантации в полости матки. Для анализа проводится биопсия одного blastomera у эмбриона, находящегося на стадии дробления (4-10 blastomeres). При материнском носительстве генетической патологии возможна биопсия 1-го полярного тельца яйцеклетки до оплодотворения. Его главное преимущество заключается в том, что при его использовании отсутствует селективное прерывание беременности.

Показания к проведению ПГД:

– супружеская пара, у которой имеется носительство хромосомной перестройки или моногенного заболевания. Примерами моногенных заболеваний могут служить муковисцидоз, болезнь Тея-Сакса, серповидноклеточная анемия, гемофилия А, миодистрофия Дюшена и многие другие.

– супружеская пара с повышенным риском врожденных аномалий у детей, который не связан с носительством диагностированных мутаций. К таким

случаям относятся пары, где возраст матери превышает 35 лет; где возраст отца выше 39 лет; если у отца наблюдаются тяжелые нарушения сперматогенеза;

– супружеская пара с привычным невынашиванием;

– супружеская пара с повторяющимися неудачными попытками ЭКО.

В случае неопределенного повышенного риска рождения ребенка с врожденными аномалиями преимплантационная генетическая диагностика проводится для девяти хромосом, с которыми связаны наиболее часто встречающиеся врожденные заболевания. Это хромосома 13 (синдром Патау), хромосома 15 (синдром Прадера-Вилли), хромосома 16, хромосома 17, хромосома 18 (синдром Эдвардса), хромосома 21 (синдром Дауна), хромосома 22 (синдром «кошачьих зрачков»), а также половые хромосомы X и Y (различные численные аномалии, включая синдром Шерешевского-Тернера и синдром Клайнфельтера).

На сегодняшний день ПГД предоставляет пациентам с наследственной патологией альтернативный способ снизить риск беременности больным плодом и рождения ребенка с генетическим заболеванием. Но в России, к сожалению, это методика не развита.

#### **Клинический случай.**

Беременная 3. 29 лет, направлена в ГЛПУ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмени из г. Тобольска. В октябре 2010 г. было выполнено ЭКО. Наблюдалась в ЖК АДО ГЛПУ ТО «Перинатальный центр» г. Тобольска с 4-х недель беременности.

Первый ультразвуковой скрининг выполнен 24.12.10.: Беременность 11 недель. Двойня. У второго плода толщины воротникового пространства (ТВП) не видно, в связи с чем беременная была направлена в г. Тюмень.

При проведении ультразвукового исследования 12.01.2011 в ГЛПУ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмени было выявлено расширение ТВП, которое составило 3,2 мм и отсутствие визуализации костной части спинки носа у второго плода.

От определения концентраций плазменного протеина А, ассоциированного с беременностью (РАРР-А) и  $\beta$ -субъединицы хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) пациентка отказалась.

Была назначена консультация генетика cito.

Заключение генетика от 13.01.11: Беременность 14 недель. Двойня. Риск хромосомных болезней. РАРР-А, ХГЧ – нет. Хромосомный маркер (ХМ) – ТВП 3,2 мм. Диагноз: Беременность 14 недель. Двойня. Один с «ХМ».

Направлена 10.02.11 на инвазивную диагностику по медицинским показаниям с кариотипированием. Контроль в 18 недель. Беременная на инвазивную диагностику не явилась.

При контрольном ультразвуковом исследовании 14.02.11 выявлена дихориальная диамниотическая двойня. Размеры плодов соответствуют 18-19 неделям беременности.

УЗИ от 05.04.11: беременность 25-26 недель, двойня, 2х сторонняя пиелозктазия 1-го плода.

УЗИ от 05.05.11: беременность 29-30 недель, двойня, преждевременное созревание плаценты.

Дата родов 30.05.11. Родоразрешение путем операции кесарево сечение. Масса тела при рождении – 1800 гр. и 2000 гр. Живорожденные. Близнецовость. Пол плодов – женский. Подозрение на синдром Дауна у одного из новорожденных с массой тела 1800 гр.

15.08.11 Цитологическое исследование:

Ds: Синдром Дауна.

Кариотип 47, XX, +21(5)

Окончательный диагноз – Трисомия 21 хромосомы. Синдром Дауна.

**Вывод.** От рождения ребенка с врожденной патологией не застрахованы родители, как зачавшие ребенка естественным путем, так и прошедшие через процедуру экстракорпорального оплодотворения. Специалист, отбирая для подсадки в матку эмбрионы, выбирает те, которые хорошо развиваются. Но даже самый «красивый эмбрион» может иметь хромосомные аномалии. Максимально снизить риск таких случаев, а заодно и значительно повысить эффективность ЭКО с использованием собственных яйцеклеток могут методики преимплантационной диагностики.

### Литература

1. Баранов В.С., Кузнецова Т.В. Цитогенетика эмбрионального развития человека: Научно-практические аспекты. СПб.: Издательство Н-Л; 2007.-640 с.
2. Роль преимплантационного генетического скрининга в повышении эффективности лечения бесплодия у пациенток с повторными неэффективными попытками ЭКО / Сорвачева М.В., Веюкова М.А., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Виноградова Л.В. // Научно-практический журнал «Акушерство и гинекология» - 2013. - №1. - 15-18 с.
3. Препараты для ЭКО могут вызвать синдром Дауна. [Электронный ресурс]. – Электрон.дан. – Режим доступа: <http://www.medzapros.ru>
4. PGD (Преимплантационная генетическая диагностика). [Электронный ресурс]. – Электрон.дан. – Режим доступа: <http://hsci.ru/produkty-i-uslugi/pgd>
5. Преимплантационная генетическая диагностика. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. - Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org>



## СОДЕРЖАНИЕ

### Секция

### «Клинические науки терапевтического профиля»

\*\*\*

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ  
СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ  
**Аллахверанова В.Х.К., Волова Е.П.,  
Трофимова Н.В.** ..... 5

\*\*\*

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ЭТИОЛОГИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ  
НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ  
В ОРИТ МНОГОПРОФИЛЬНОГО  
СТАЦИОНАРА  
**Бабаев С.Ю., Журавлев Р.В.,  
Митрофанова Н.Н.** ..... 6

\*\*\*

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ  
ПРОЦЕССОВ В ЛИМФОЦИТАХ ПРИ ГРИППЕ  
**Бабаджанян А.М.** ..... 8

\*\*\*

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО  
ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ  
**Барскова Е.Ю., Герасимчик О.А.** ..... 9

\*\*\*

НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ  
ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ  
С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ИНТОКСИКАЦИЕЙ  
**Бебякина Е.Е., Киреева И.В.** ..... 10

\*\*\*

КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА  
**Белоус М.В.** ..... 12

\*\*\*

ОСОБЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ  
АССОЦИИРОВАННОСТИ С СИСТЕМНОЙ  
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ  
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ  
**Гамзатова З.А., Киселева Е.Г.** ..... 14

\*\*\*

ОСОБЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ  
ГЕПАТИТОВ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ  
**Гоголева О.А., Трепалюк А.И.,  
Митрофанова Н.Н.** ..... 16

\*\*\*

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ  
ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ  
**Кильдимова А.В.** ..... 18

\*\*\*

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО  
КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: ОТДАЛЕННЫЕ  
РЕЗУЛЬТАТЫ  
**Кожокарь К.Г., Урванцева И.А.** ..... 22

\*\*\*

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У СОТРУДНИКОВ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛПУ  
(НА ПРИМЕРЕ БУ ХМАО-ЮГРЫ ОКД  
«ЦД И ССХ»)  
**Кожокарь К.Г., Саламатина Л.В.,  
Урванцева И.А.** ..... 22

\*\*\*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛЕМАТОЗА  
ВЕГЕНЕРА В РОКБ  
**Кочегарова И.М.** ..... 24

\*\*\*

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ  
У БОЛЬНЫХ С ИБС ДО И ПОСЛЕ  
ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ  
МЕРОПРИЯТИЙ  
**Кувандыкова С.Р., Курчанова И.О.** ..... 27

\*\*\*

КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ РАКЕ ЛЕГКИХ  
**Кургузова Д.С., Мамедов Э.А.,  
Юсуфова З.Г.** ..... 29

\*\*\*

ВОЗМОЖНОСТИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО  
СКРИНИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ  
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
**Мурина К.А.** ..... 30

\*\*\*

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ  
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ  
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
**Мусатова Д.Г., Андреева И.А.,  
Урванцева И.А.** ..... 31

\*\*\*

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА  
БОЛЬНЫХ ГРИППОМ  
**Покотилов Я.И., Курбанисмаилов Р.Б.** ..... 32

## СОДЕРЖАНИЕ

\*\*\*  
АРТ-ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ  
ПСИХИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ  
**Рахматулина Э.Н.**.....33

\*\*\*  
КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ  
СЕСТЕР В ПОИСКЕ ИНФОРМАЦИИ  
ПРИ РАБОТЕ С ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫМ  
ОБОРУДОВАНИЕМ  
**Сапожникова А.Н.** .....35

\*\*\*  
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ  
АНЕСТЕЗИОЛОГА –  
РЕАНИМАЦИОННОГО  
ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА  
РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛОЕ  
ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
**Селиванов А.С.** .....36

\*\*\*  
ОТНОШЕНИЕ К ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ  
СТУДЕНТОВ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОЙ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ (проспективное 8-летнее  
наблюдение)  
**Терентьева Е.А., Таралло Е.Ф.** .....41

\*\*\*  
ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ  
ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ  
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ АЛКОГОЛЬНОГО  
ГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
КОМПОНЕНТОВ ИНТЕНСИВНОЙ  
ТЕРАПИИ  
**Тохиоров Э.Э.**.....43

### **Секция** **«Клинические науки** **хирургического профиля»**

\*\*\*  
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И  
ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ  
МИОКАРДА С ДЛИТЕЛЬНОЙ  
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ  
СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
**Астраханцева И.Д., Мамедова С.И.,**  
**Урванцева И.А.** .....46

\*\*\*  
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ  
АППЕНДИЦИТОМ (ПО МАТЕРИАЛАМ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
СУРГУТСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ)  
**Асутаев Ш.Д.**.....47

\*\*\*  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕСФЕРАЛА  
В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ  
**Иванов А.В.** .....49

\*\*\*  
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА  
У ДЕТЕЙ В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ  
БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСИЙСКА  
**Кайкы К.Б.** .....51

\*\*\*  
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА  
РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ДОСТИЖЕНИЯ,  
ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ  
**Князькова Д.А., Хрячков В.В.,**  
**Еломенко М.С.** .....54

\*\*\*  
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ДООПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И  
ОПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ  
ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ  
**Моргацкая М.В., Паршин А.С.,**  
**Ягодкина А.А.**.....57

\*\*\*  
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ  
ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА  
**Пономарев Г.В.** .....58

\*\*\*  
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ  
КОНТАКТНОЙ МИКРОЭНДОСКОПИИ В  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ  
**Чупракова Ю.С., Зеленюк Н.С.,**  
**Прохорова Е.А.** .....59

### **Секция** **«Здоровый образ жизни»**

\*\*\*  
ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ СТУДЕНТОВ  
МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ  
**Архипова З. В., Гусева М. Г.**.....61

## СОДЕРЖАНИЕ

***	ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СУРГУТСКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА <b>Асутаев Ш.Д., Гашимов С.А., Пандунц А.А.</b> .....63
***	ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ В ПИТАНИИ СТУДЕНТОВ Г. ХАНТЫ – МАНСИЙСКА <b>Будайханов З.А., Бессонова В.Д.</b> .....65
***	ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В НАПИТКАХ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ПРОДУКТОВ ПЕРЕРАБОТКИ ДИКОРАСТУЩИХ ЯГОД (КЛЮКВА, БРУСНИКА) ПУТЕМ ДИСПЕРГИРОВАНИЯ В КАВИТАЦИОННОМ АППАРАТЕ <b>Горбцова К.А.</b> .....66
***	ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ СТУДЕНТАМИ УРАЛЬСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ <b>Капорейко Ю.В.</b> .....68
***	ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА, УСЛОВИЙ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И РОДАМИ <b>Калиновская Е.И.</b> .....71
***	ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <b>Ким Т. В., Петренко Ю. С.</b> .....72
***	АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКАМИ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ПРОЖИВАЮЩИМИ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ <b>Козлова Л.А., Казанцева О.В., Ткачева С.В.</b> .....74

***	РОЛЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ, ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО В УЛОВИЯХ СЕВЕРА <b>Мамина А.А.</b> .....76
***	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ <b>Мостовых А.А.</b> .....78
***	ХРОНОТИПЫ, КАЧЕСТВО СНА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ ТРЕТЬЕГО КУРСА ХАНТЫ-МАНСИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ <b>Пушкарев А.Э.</b> .....81

### Секция

#### «Медико-биологические науки»

***	ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ВНУТРЕННЕГО РЕЛЬЕФА ЧЕРЕПА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ <b>Анненкова А.С., Мамедова З.М.</b> .....84
***	ЖЕЛЕЗОЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ ФОСФОЛИПАЗЫ С <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> <b>Афанасьева Т.П., Христофорова Ю.В.</b> .....85
***	ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ МЕЗОНЕФРОСА КРЫСЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ <b>Батршин Д.Ф., Артамонова Ю.В., Молокова С.А., Бондаренко О.М.</b> .....86
***	СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ТКАНЯХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ <b>Васильев Р.П., Власенко П. А.</b> .....89

## СОДЕРЖАНИЕ

*** СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛУДКА ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ <b>Жеманой М.Ф., Дерпак Т.В.</b> .....91	*** СИНТЕЗ ОБЩЕСТВЕННЫХ И ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК: ПРОБЛЕМА Т РЕВОГИ В ФИЛОСОФИИ И ФИЗИОЛОГИИ <b>Иванов Е.Л., Сайтаджиев Б.Р.</b> ..... 106
*** ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ СЕВЕРНОГО МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <b>Казанцева О.В., Анисимова А.В.</b> .....93	*** ФИЛОСОФСКАЯ СИСТЕМА И. КАНТА <b>Казимагомедова Н.К.</b> ..... 109
*** ВОЗРАСТНЫЕ, ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОСТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОВЫ В ШКОЛЬНОМ ПЕРИОДЕ <b>Мирзакаримова Д.Б., Кучкарова Ш.Д.</b> .....96	*** ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА <b>Ким Т.В., Петренко Ю.С. г.</b> ..... 110
*** СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АЛИМЕНТАРНО-ЗВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКЕ <b>Одиноква Ю.Р.</b> .....99	*** К ВОПРОСУ СТАНОВЛЕНИЯ ДРАВООХРАНЕНИЯ В ТЮМЕНИ (С НАЧАЛА XIX в. ДО 40-Х гг. XX в.) <b>Кондратьева М.А.</b> ..... 111
*** ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ КЛЕТОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ ПРИ СУПЕРИНВАЗИОННОМ ОПИСТОРХОЗЕ И ДЕЙСТВИИ ХОЛОДОВОГО ФАКТОРА <b>Петрук Н.Н.</b> ..... 101	*** РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В ТЮМЕНСКОМ РЕГИОНЕ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА <b>Кондратьева М.А.</b> ..... 113
*** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛОДА НА 20 НЕДЕЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ <b>Сапожникова А.Н., Югатова А.</b> ..... 102	*** ОТСУТСТВИЕ В ГОС МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРЕДМЕТА ЛИТЕРАТУРА АНАЛИЗ, РАССУЖДЕНИЯ И ВЫВОДЫ <b>Кривохижин И.В., Пушкарев А.Э.</b> ..... 114
*** ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА <b>Сафронов А.А.</b> ..... 103	*** ВЛИЯНИЕ АКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ АКАДЕМИИ НА ИХ УСПЕВАЕМОСТЬ В УЧЕБЕ И НА РАЗВИТИЕ НЕОБХОДИМЫХ КАЧЕСТВ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ <b>Крюкова О.В., Шейхова С.М.</b> ..... 116
<b>Секция</b> <b>«Гуманитарные и социально-</b> <b>экономические науки»</b>	*** ЖИЗНЬ И ФИЛОСОФИЯ АРХИЕПИСКОПА ЛУКИ <b>Лымарь Е.А. Дазамкина М.Ю. г.</b> ..... 119
*** ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА <b>Вишневская Я.С, Тимофеева Р.В.</b> ..... 105	*** СВОБОДА КАК ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ ОТНОШЕНИЕ К МИРУ <b>Ляпунова В.А.</b> ..... 120
	*** ФИЛОСОФИЯ СЛАВЯНОФИЛОВ» <b>Мурзак Н. А.</b> ..... 120
	*** СВЯЗЬ ИДЕОЛОГИИ НАЦИОНАЛ- СОЦИАЛИЗМА С ФИЛОСОФСКИМИ ВЗГЛЯДАМИ ФРИДРИХА НИЦШЕ <b>Мухтарова Д.Р.</b> ..... 122

## СОДЕРЖАНИЕ

*** КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО РАЗНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ <b>Попова А.А., Жеманой М.Ф., Иванов Е.Л.</b> ..... 123	*** ПАРАЗИТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА <b>Аракельян А.С., Аракельян Р.С., Заплетина Н.А., Филиппова В.М., Стулов А.С.</b> ..... 140
*** ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ, СТРАДАЮЩЕЙ БЕСПЛОДИЕМ <b>Приходько К.А.</b> ..... 126	*** ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГНАТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ <b>Барбашинов Н.А., Мкртчян Э.С.</b> ..... 141
*** ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ З.ФРЕЙДА <b>Сесюнина О.В.</b> ..... 128	*** МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <b>Березняков В.И., Дорошенко О.В., Лебединская М.Н., Пожар В.Й.</b> ..... 143
*** ВЗАИМОТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ <b>Сумец А.А.</b> ..... 130	*** ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <b>Березняков В.И., Дорошенко О.В., Лебединская М.Н., Матлахов А.Н.</b> ..... 144
*** ГИППОКРАТ И ЕГО НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ <b>Тверитина Е.С.</b> ..... 132	*** КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА <b>Бондаренко О.А., Данилов А.Г.</b> ..... 144
*** ГИППОКРАТ-УЧЕНЫЙ И ФИЛОСОФ <b>Хожаева З.Б.</b> ..... 134	*** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛУДКА ПРИ СУПЕРИНВАЗИОННОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ <b>Дернак Т.В.</b> ..... 147
*** ДИАЛЕКТИКА В МЕДИЦИНЕ <b>Холфиева А.Ю.</b> ..... 135	*** ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ <b>Заплетина Н.А., Стулов А.С., Филиппова В.М., Аракельян Р.С.</b> ..... 150
*** ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА <b>Шелестюк В.</b> ..... 136	
<b>Секция</b> <b>«Совета молодых ученых</b> <b>и специалистов»</b>	
*** ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (описание клинического случая) <b>Азисова А.М., Строкова О.А., Глухова И.В.</b> ..... 139	

## СОДЕРЖАНИЕ

*** МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОГЛИИ ПЕРЕДНЕ – ЛАТЕРАЛЬНОГО ЯДРА СПИННОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БАРБИТУРАТАМИ <b>Иванов А.С., Савенко Л.Д., Чурилин О.А., Золотаревская М.В., Захаров А.А.</b> ..... 151	*** ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ <b>Кузина А.Ю., Аракельян Р.С., Егорова Е.А., Мирекина Е.В., Филиппова В.М., Заплетина Н.А., Стулов А.С.</b> ..... 168
*** ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ <b>Камилова М.С.</b> ..... 152	*** ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г.ХАНТЫ-МАНСИЙСКА <b>Кузьменко А.П.</b> ..... 170
*** СТРУКТУРНАЯ И МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРЮШНОГО АОРТАЛЬНОГО СПЛЕТЕНИЯ У СОБАКИ CANIS LUPUS FAMILIARIS) <b>Карпова Я.А.</b> ..... 153	*** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ <b>Кучинская И. А.</b> ..... 171
*** ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ЗА ПЕРИОД ОКТЯБРЬ-НОЯБРЬ 2012Г., В ОКБ ХМАО-ЮГРЫ <b>Кляцкий Д.А., Ратиев А.В., Волков А.В., Иванова А. А., Федич А.С., Некрасова Л.Ф., Видергольд И.А., Шевелев П.А.</b> ..... 156	*** СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛИРУЕМЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗНОЙ СУПЕРИНВАЗИИ У СИРИЙСКОГО ХОМЯЧКА (MESOCRICETUS AURATUS) <b>Лукманов И.Р.</b> ..... 172
*** ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ СИНДРОМОМ <b>Косарев А.Н., Кот Т.Л.</b> ..... 163	*** МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД <b>Лубяко Е.А.</b> ..... 174
*** РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛОР ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ В ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ УСЛОВИЯХ <b>Косимова Н.И., Кодирова Ш.Р., Жонибеков Ж.Ж.</b> ..... 165	*** ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИКОН» РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИОСТИТОМ <b>Мардонова З.О., Болтаева З.Ф., Суюнова М.Х., Нурханова Н.О.</b> ..... 176
*** ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ - ПОЗИЦИЯ НЕСТЕЗИОЛОГА <b>Красноперов Д.С., Николаев И.А., Шевляков Д.С.</b> ..... 166	*** СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ <b>Медведева К. В.</b> ..... 177

## СОДЕРЖАНИЕ

*** ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА НОГТЕВОГО ЛОЖА У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ЦИФРОВОЙ ВИДЕОКАПИЛЛЯРОСКОПИИ <b>Мишакова А.В.</b> ..... 178	*** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНОГО МИНЕРАЛА «ОПОКА-ЦЕОЛИТ» В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА <b>Стулов А.С., Филиппова В.М., Заплетина Н.А., Аракельян Р.С., Аракельян А.С.</b> ..... 189
*** ВОЗМОЖНОСТИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <b>Мурина К.А.</b> ..... 179	*** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЛКОВО- ТРОМБОЦИТАРНО-ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ И АУТОЛОГИЧНЫХ БЕЛКОВО- ТРОМБОЦИТАРНЫХ ПОКРЫТИЙ В РИНОПЛАСТИКЕ <b>Темирханова Л. А., Михайлов В.В.</b> ..... 191
*** ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ <b>Ольшницкая О.В., Кравченко И.В.</b> ..... 181	*** ПРЕМЕДИКАЦИЯ ПРИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЯХ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ <b>Туунова Н.В., Сидорова Е.В.</b> ..... 194
*** ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РАК ЖЕЛУДКА <b>Осипова О.Н.</b> ..... 182	*** СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА ( КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) <b>Трекина Н.Е.</b> ..... 195
*** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ ХМАО – ЮГРЫ <b>Ростовщикова Ю.Б.</b> ..... 184	*** ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ПРИ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ <b>Филиппова В.М., Заплетина Н.А., Стулов А.С., Аракельян Р.С., Аракельян А.С.</b> ..... 197
*** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИОКАРДА У ЖИТЕЛЕЙ ХМАО – ЮГРЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ И БЕЗ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ <b>Ростовщикова Ю.Б.</b> ..... 185	*** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ЕЁ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ <b>Ходыкин Г.П.</b> ..... 199
*** ОСОБЕННОСТИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ЮНОШЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ <b>Сафонова В.Р.</b> ..... 186	*** СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОСТЕНОЗА В УСЛОВИЯХ БУ ХМАО ЮГРЫ «НЯГАНСКАЯ ОКРУЖНАЯ БОЛЬНИЦА» <b>Шавалиев Р.Р., Левченко Н.В.</b> ..... 200
*** ОЦЕНКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА <b>Скрипкина Н.В., Урванцева И.А.</b> ..... 188	*** СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА У ОДНОГО ИЗ ПЛОДОВ ДВОЙНИ ПОСЛЕ ЭКО <b>Шумкова С.В.</b> ..... 201